

MÓDULO III – BIOLOGIA MOLECULAR
(Revisão 01 - 2019)

Seção de Biologia Molecular - (062) 3201-9688 / 3201-9645

Responsável: Luiz Augusto Pereira

iacen.bmolecular@gmail.com



SUMÁRIO

AIDS/ HIV	3
• DETECÇÃO DAS MUTAÇÕES ASSOCIADAS COM A RESISTÊNCIA DO HIV AOS ANTI-RETROVIRAIS...	3
• DETECÇÃO DO ALELO HLA-B*5701 ASSOCIADO À SENSIBILIDADE AO ABACAVIR.....	4
• QUANTIFICAÇÃO DA CARGA VIRAL HIV (RT-PCR em Tempo Real).....	5
DENGUE	6
• DETECÇÃO E TIPAGEM DO VÍRUS DENGUE (RT-PCR em Tempo Real).....	6
FEBRE AMARELA (DIANÓSTICO HUMANO)	7
• DETECÇÃO DO VÍRUS DA FEBRE AMARELA (RT-PCR em Tempo Real).....	7
FEBRE AMARELA (DIANÓSTICO PRIMATA NÃO HUMANO - PNH)	8
• DETECÇÃO DO VÍRUS DA FEBRE AMARELA (RT-PCR em Tempo Real).....	8
FEBRE CHIKUNGUNYA	9
• DETECÇÃO DO VÍRUS CHIKUNGUNYA (RT-PCR em Tempo Real).....	9
FEBRE DO MAYARO	10
• DETECÇÃO DO VÍRUS DA FEBRE DO MAYARO (RT-PCR em Tempo Real).....	10
HEPATITES VIRAIS	11
• HEPATITE B - QUANTIFICAÇÃO DO DNA DO VÍRUS DA HEPATITE B (PCR em Tempo Real).....	11
• HEPATITE C - QUANTIFICAÇÃO PARA O VÍRUS DA HEPATITE C (RT-PCR em Tempo Real).....	12
• HEPATITE C - GENOTIPAGEM PARA O VÍRUS DA HEPATITE C (RT-PCR em Tempo Real).....	13
MENINGITES BACTERIANAS - DIAGNÓSTICO MOLECULAR	14
• DETECÇÃO E IDENTIFICAÇÃO DE MENINGITE BACTERIANA (PCR em Tempo Real).....	14
SRAG/SURTO DE SG DIAGNÓSTICO MOLECULAR DE VÍRUS RESPIRATÓRIOS	15
• VÍRUS RESPIRATÓRIOS-DETECÇÃO DE INFLUENZA/OUTROS VÍRUS RESPIRATÓRIOS.....	15
ZIKA	16
• DETECÇÃO DO VÍRUS ZIKA (RT-PCR em Tempo Real).....	16
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	18
ANEXOS	20

Agravo: AIDS/HIV

AIDS/HIV

DETECÇÃO DAS MUTAÇÕES ASSOCIADAS COM A RESISTÊNCIA DO HIV AOS ANTI-RETROVIRAIS (GENOTIPAGEM)

Instruções de coleta

- Venopunção em 3 tubos de 4 ml com EDTA k₃ ou k₂.^{1,2}

Material e conservação para envio

- Imediatamente após a coleta homogeneizar por inversão (delicadamente por cinco vezes);
- Acondicionar sob refrigeração (2 a 8°C) até o envio ao centro colaborador.

Transporte

- Amostras para realização de Genotipagem devem ser transportadas a temperatura ambiente em caixas próprias fornecidas pelo centro colaborador.^{1,2}

Informações importantes

- Enviar Formulário de Solicitação de Exames de Genotipagem de HIV (SEMOL-ANEXO 1) devidamente preenchido, assinado e acompanhado de cópia dos documentos pessoais do paciente³;
- Critérios para indicação de genotipagem: falha virológica confirmada em coleta consecutiva de carga viral após intervalo de 4 semanas; penúltima carga viral detectável e última **carga viral superior a 500 cópias/mL**.

Método

- Genotipagem para HIV por PCR/sequenciamento de regiões gênicas: transcriptase reversa, protease, GP 41 e integrase.

Tempo para liberação do resultado

- 12 dias úteis após data de recebimento no centro colaborador;
- Observação: os resultados serão disponibilizados através da plataforma SISGENO (acesso mediante cadastro do solicitante).

Critérios para rejeição de amostra

- Amostra coletada em tubo distinto do recomendado;
- Amostra hemolisada;
- Presença de coágulo visível no tubo;
- Amostra acompanhada de formulário distinto do referenciado (SEMOL-ANEXO 1);
- Amostra sem Formulário de Solicitação de Exames de Genotipagem de HIV (SEMOL-ANEXO 1) devidamente preenchido, carimbado e assinado pelo solicitante.

¹ A coleta poderá ser realizada no LACEN-GO, caso a unidade solicitante não possuir estrutura destinada.

² De acordo com as Instruções de Trabalho Centro Genomas v 1.0/2015- INSTRUÇÕES DE COLETA DE MATERIAL DO EXAME DE GENOTIPAGEM DE HIV DO MS

³ De acordo com a Nota informativa nº125/2015 –CAT/DDAHV/SVS/MS

Agravo: AIDS/HIV

AIDS/HIV

**DETECÇÃO DO ALELO HLA-B*5701 ASSOCIADO À SENSIBILIDADE AO ABACAVIR
(TIPIFICAÇÃO DO ALELO HLA-B)**

Instruções de coleta

- Venopunção em tubo de 4 ml com EDTA k₃ ou k₂^{1,2}

Material e conservação para envio

- Imediatamente após a coleta homogeneizar por inversão (delicadamente por cinco vezes);
- Acondicionar sob refrigeração (2 a 8°C) até o envio ao centro colaborador.

Transporte

- Amostras destinadas ao exame de Tipificação do alelo HLA-B devem ser transportadas em temperatura ambiente, em caixas próprias para transporte. ^{1,2}

Informações importantes

- Enviar Formulário Solicitação de Tipificação do alelo HLA-B*5701 (SEMOL-ANEXO 11) devidamente preenchido e assinado^{2,3};
- A realização deste exame é de responsabilidade do laboratório executor, necessitando que o solicitante se informe com o mesmo previamente sobre a disponibilidade de atendimento pelos seguintes canais: telefone 0800 779 23 23 ou pelo email sac.min.hiv@centrodegenomas.com.br.

Método

- Isolamento do DNA genômico a partir de leucócitos. PCR em tempo real para detecção do alelo HLA-B*5701.

Tempo para liberação do resultado

- Liberado 12 (doze) dias úteis após data de recebimento no centro colaborador;
- Observação: os resultados serão disponibilizados através da plataforma SISGENO (acesso mediante cadastro do solicitante).

Critérios para rejeição de amostra

- Amostra coletada em tubo distinto do recomendado;
- Amostra hemolisada;
- Presença de coágulo visível no tubo;
- Amostra acompanhada de formulário distinto do referenciado (SEMOL-ANEXO 11);
- Amostra sem Formulário Solicitação de Tipificação do alelo HLA-B*5701 (SEMOL-ANEXO 11) devidamente preenchido, carimbado e assinado pelo solicitante.

¹ A coleta poderá ser realizada no LACEN-GO, caso a unidade solicitante não possuir estrutura destinada.

² De acordo com as Instruções de Trabalho Centro Genomas v 1.0/2018- INSTRUÇÕES PARA COLETA DE MATERIAL DO EXAME DE TIPIFICAÇÃO DE HLA-B*5701 DO MINISTERIO DA SAUDE

³ De acordo com Ofício-Circular nº 5/2018/COVIG/CGVP/.DIAHV/SVS/MS

Agravado: AIDS/HIV**AIDS/HIV****QUANTIFICAÇÃO DA CARGA VIRAL HIV (RT-PCR em Tempo Real)****Instruções de coleta**

- Venopunção em 2 tubos de 4 mL com EDTA;
- Amostras com níveis elevados de lipídeos, bilirrubina, proteínas ou hemoglobinas interferem neste ensaio.

Material e conservação para envio

- Sangue total ou plasma.
- O sangue total colhido poderá ser mantido entre 15 a 30°C por até 6 horas ou entre 2 a 8°C por 24 horas antes da centrifugação e deverá ser entregue ao LACEN-GO dentro deste prazo limite;
- Para a preparação do plasma, centrifugar a 2500 rpm por 15 minutos e acondicionar alíquotas de pelo menos 1 mL cada em dois tubos de polipropileno estéreis, livres de RNAses e DNAses;
- O plasma poderá ser mantido entre 15 a 30°C por até 24h ou entre 2 a 8°C por 5 dias, eventualmente em freezer -70°C por períodos prolongados.

Transporte

- Caixa térmica rígida preferencialmente com termômetro e gelo reciclável em caso de necessidade de climatização (2 a 8°C) e suporte para tubos de amostras para evitar contato direto com o gelox.

Informações importantes

- Enviar a BPA-I Quantificação de Ácido Nucléico – Carga Viral HIV (SEMOL-ANEXO 2) corretamente preenchida, com a assinatura e carimbo do solicitante e do autorizador;
- Se possível encaminhar solicitações acompanhadas da cópia de documentos pessoais do paciente;
- A unidade coletadora só poderá coletar o material após treinamento no LACEN-GO;
- Em casos da avaliação de transmissão vertical, é recomendada a realização de pelo menos 2 dois exames Carga Viral (CV) para criança, com justificativa distinta acompanhando a BPA-I. A primeira CV deverá ser coletada duas semanas após o término da profilaxia e a segunda CV deve ser coletada pelo menos seis semanas após o término da profilaxia. Em caso de criança que não recebeu a profilaxia, recomenda-se que a CV seja realizada imediatamente após a identificação do caso.

Método

RT-PCR em Tempo Real – Abbott.

Tempo para liberação do resultado

10 dias úteis.

Crítérios para rejeição de amostra

- Amostras de sangue total acondicionadas sem separação entre 15 a 30°C após 6 horas de coleta;
- Amostras de sangue total apresentando hemólise evidente ao recebimento na unidade executora;
- Amostra que não seja estocada e transportada em tubo de polipropileno estéril livre de RNase e DNase;
- Amostra não coletada em tubo estéril com EDTA (k3 ou k2);
- Amostra sem BPA-I (SEMOL-ANEXO 2) devidamente preenchida, carimbada e assinada pelo solicitante e autorizador devidamente referenciado.
- Última Carga Viral (HIV) realizada com prazo inferior a 6 meses, sem justificativa expressa do solicitante na BPA-I;
- Volume de plasma inferior a 1,0 mL;
- Amostra que foi descongelada por mais de uma vez.

Agravado: DENGUE

DENGUE

DETECÇÃO E TIPAGEM DO VÍRUS DENGUE (RT-PCR em Tempo Real)

Instruções de coleta

- **Soro:** Venopunção em tubo sem anticoagulante, e separar pelo menos **1 mL** de amostra;
- **LCR:** Coletar pelo menos **1 mL** de amostra;
- **Fragmentos de vísceras provenientes do SVO:** Coletar fragmentos de **1 cm³**;
- **Derrames cavitários provenientes do SVO:** Coletar pelo menos **1 mL** de amostra.

Material e conservação para envio

- **Soro:** Separar o soro realizando a retração do coágulo em tempo mínimo possível. A amostra pode ficar a temperatura ambiente por no máximo 2 horas ou sob refrigeração (2 a 8°C) por 24 horas, até o envio ao laboratório. Armazenar em botijão de Nitrogênio após este período;
- **LCR:** Após coleta o material deve ser enviado imediatamente ao laboratório. Estocagem sob-refrigeração (2 a 8°C) até o envio pode ocorrer por no máximo 24 horas. Armazenar em botijão de Nitrogênio após este período;
- **Fragmentos de vísceras provenientes do SVO:** Em caso de óbito, coletar fragmento de tecido dos sítios com lesão evidenciada, preferencialmente: fígado, baço, cérebro, e linfonodos. Outras amostras poderão ser coletadas de acordo com critério médico. Os fragmentos deverão ser acondicionados em criotubos novos, distintos e identificados de acordo com o sítio coletado. Armazenar em botijão com nitrogênio líquido até o envio ao LACEN-GO.
- **Derrames cavitários provenientes do SVO:** Em caso de óbito suspeito com evidenciação de derrames cavitários, coletar pelo menos 1 mL de: líquido Ascítico, líquido Pleural e eventualmente líquido Pericárdico. As amostras deverão ser acondicionadas em microtubos novos resistentes a ultra baixa temperaturas, distintos e identificados de acordo com o sítio coletado. Armazenar em botijão com nitrogênio líquido até o envio ao LACEN-GO.

Transporte

- **Para todas as amostras:** O transporte deverá ser realizado em caixa térmica rígida contendo gelo reciclável (2 a 8°C em até 24h), após este período acondicionar em botijão com nitrogênio líquido até o LACEN-GO.

Informações importantes

- O teste de Detecção e Tipagem do vírus Dengue é direcionado para confirmação diagnóstica de sorotipo viral em casos de Dengue com complicações e apresenta maior sensibilidade em fase virêmica de infecção (até 5 dias de início dos sintomas);
- Para realização do exame a amostra deverá estar acompanhada de justificativa da unidade de saúde, cópia da ficha de investigação DENGUE e ficha de cadastro no GAL (GAL-ANEXOS 1, 2 e 3);
- Amostras coletadas com heparina podem apresentar inibição da amplificação de ácidos nucleicos para o alvo pesquisado por RT-qPCR, impossibilitando sua detecção.

Método

- RT-PCR em Tempo Real.

Tempo para liberação do resultado

- 15 dias úteis;
- Amostras SVO: 20 dias úteis.

Crítérios para rejeição de amostra

- Amostra sem identificação ou com informações inadequadas que impossibilite confirmação de: paciente, origem, data de coleta e material a ser analisado;
- Amostra acondicionada em recipiente que não seja estéril, em material não plástico e inadequado ao congelamento a baixas temperaturas (-70°C);
- Amostra de soro ou LCR transportada à temperatura ambiente, com o tempo superior a quatro horas da coleta até a entrega no laboratório;
- Amostra proveniente do SVO (fragmentos de vísceras) transportada à temperatura ambiente ou encaminhada em frasco com solução de formol;
- Amostra sem cadastro no GAL (GAL-ANEXOS 1, 2 e 3) e ficha de investigação específica devidamente preenchida;
- Amostras encaminhadas fora das condições de acondicionamento descritas anteriormente.

Agravo: FEBRE AMARELA (DIAGNÓSTICO HUMANO)**FEBRE AMARELA****DETECÇÃO DO VÍRUS DA FEBRE AMARELA (RT-PCR em Tempo Real)****Instruções de coleta em humano**

- **Soro:** Venopunção em tubo sem anticoagulante, e separar pelo menos **1 mL** de amostra;
- **LCR:** Coletar pelo menos **1 mL** de amostra;
- **Fragmentos de vísceras provenientes do SVO:** Coletar fragmentos de **1 cm³**;
- **Derrames cavitários provenientes do SVO:** Coletar pelo menos **1 mL** de amostra.

Material e conservação para envio

- **Soro:** Separar o soro realizando a retração do coágulo em tempo mínimo possível. Identificar o criotubo, armazenar de 2 a 8°C, por no máximo 24h, após este período conservar em botijão com nitrogênio líquido até o envio ao LACEN-GO;
- **Fragmentos de vísceras/Derrames Cavitários provenientes do SVO:** Em caso de óbito, coletar fragmento de tecido dos sítios com lesão evidenciada, preferencialmente: cérebro, fígado, baço, e pulmão. Outras amostras, como sangue ou LCR pós-óbito poderão ser coletadas de acordo com critério médico. As amostras deverão ser acondicionados em criotubos novos, distintos e identificados de acordo com o sítio coletado.

Transporte

- **Para todas as amostras:** O transporte deverá ser realizado em caixa térmica rígida contendo gelo reciclável (2 a 8°C em até 24h), após este período acondicionar em botijão com nitrogênio líquido até o LACEN-GO.

Informações importantes

- A detecção do vírus da Febre Amarela é direcionado para confirmação diagnóstica de casos suspeitos em pacientes entre 1 e 7 dias após início dos sintomas (Coleta ideal 3-5 dias) e eventualmente em eventos adversos pós vacinais;
- Para realização do exame a amostra deverá estar acompanhada de solicitação da unidade de saúde e cópia da ficha de investigação de Febre Amarela (SEMOL-ANEXO 7) e fichas de cadastro no GAL;
- Amostras coletadas com heparina podem apresentar inibição da amplificação de ácidos nucleicos para o alvo pesquisado por RT-qPCR, impossibilitando sua detecção.

Método

- RT-PCR em Tempo Real.

Tempo para liberação do resultado

- 15 dias úteis;
- Amostras SVO: 20 dias úteis.

Crítérios para rejeição de amostra

- Amostra sem identificação ou com informações inadequadas que impossibilite confirmação de: paciente, origem, data de coleta e material a ser analisado;
- Amostra acondicionada em recipiente que não seja estéril, em material não plástico e inadequado ao congelamento a baixas temperaturas (-70°C);
- Amostra proveniente do SVO (fragmentos de vísceras) transportada à temperatura ambiente ou encaminhada em frasco com solução de formol;
- Amostras encaminhadas fora das condições de acondicionamento descritas anteriormente.

Agravo: FEBRE AMARELA (DIAGNÓSTICO PRIMATA NÃO HUMANO - PNH)**FEBRE AMARELA****DETECÇÃO DO VÍRUS DA FEBRE AMARELA (RT-PCR em Tempo Real)****Instruções de coleta em PNH**

- **Sangue Total:** coleta da amostra em tubo sem anticoagulante, de pelo menos **1 ml**.
- **Fragmentos de Visceras** provenientes do **Serviço de Zoonoses:** Coletar fragmentos de **1cm³**.

Material e conservação para envio

- **Sangue:** Coletar a amostra de animal moribundo por punção venosa ou imediatamente após a morte por punção intracardíaca. Identificar o tubo, armazenar de 2 a 8°C, por no máximo 24h, após este período conservar em botijão com nitrogênio líquido até o envio ao LACEN-GO.
- **Fragmentos de Visceras provenientes do Serviço de Zoonoses:** coletar fragmento de tecido dos sítios: cérebro, fígado, baço, e demais órgãos se pertinente. Outras amostras, como sangue ou LCR pós-óbito poderão ser coletadas de acordo com critério médico veterinário. Os fragmentos deverão ser acondicionados em criotubos novos, distintos e identificados de acordo com o sítio coletado. Armazenar em botijão com nitrogênio líquido até o envio ao LACEN-GO.

Transporte

- **Para todas as amostras:** O transporte deverá ser realizado em caixa térmica rígida contendo gelo reciclável (2 a 8°C em até 24h), após este período acondicionar em botijão com nitrogênio líquido até o LACEN-GO.

Informações importantes

- O exame de RT-PCR em Tempo Real para Febre Amarela em casos de Epizootia em PNH é realizado em conjunto com o ensaio de Isolamento Viral em cultura e ambos estão inclusos na Pesquisa: Febre Amarela - Epizootia PNH.
- Para realização do exame a amostra deverá estar acompanhada de cópia da Ficha de Investigação/Notificação de EPIZOOTIA e ficha de cadastro no GAL (SEMOL-ANEXO 5).
- Amostras coletadas em heparina podem apresentar inibição da amplificação de ácidos nucleicos para o alvo pesquisado por RT-qPCR, impossibilitando sua detecção.

Método

- RT-PCR em Tempo Real.

Tempo para liberação do resultado

- 20 dias úteis.

Crítérios para rejeição de amostra

- Amostra sem identificação ou com informações inadequadas que impossibilite confirmação de: cadastro, origem, data de coleta e material a ser analisado;
- Amostra acondicionada em recipiente inadequado: que não seja de uso laboratorial, em material não plástico e inadequado ao congelamento a baixas temperaturas (-70°C);
- Amostra proveniente do Centro de Zoonoses Municipal transportada à temperatura ambiente ou fragmentos de vísceras encaminhadas em frasco com solução de formol;
- Amostras encaminhadas fora das condições de acondicionamento descritas anteriormente.

Agravado: FEBRE CHIKUNGUNYA

FEBRE CHIKUNGUNYA

DETECÇÃO DO VÍRUS CHIKUNGUNYA (RT-PCR em Tempo Real)

Instruções de coleta

- **Soro:** Venopunção em tubo sem anticoagulante, e separar pelo menos **1 mL** de amostra;
- **LCR:** Coletar pelo menos **1 mL** de amostra;
- **Fragmentos de vísceras provenientes do SVO:** Coletar fragmentos de **1 cm³**;
- **Derrames cavitários provenientes do SVO:** Coletar pelo menos **1 mL** de amostra.

Material e conservação para envio

- **Soro:** Separar o soro realizando a retração do coágulo em tempo mínimo possível. A amostra pode ficar a temperatura ambiente por no máximo 2 horas ou sob refrigeração (2 a 8°C) por 24 horas, até o envio ao laboratório. Armazenar em botijão de Nitrogênio após este período;
- **LCR:** Após coleta o material deve ser enviado imediatamente ao laboratório. Estocagem sob-refrigeração (2 a 8°C) até o envio pode ocorrer por no máximo 24 horas. Armazenar em botijão de Nitrogênio após este período;
- **Fragmentos de vísceras provenientes do SVO:** Em caso de óbito, coletar fragmento de tecido dos sítios com lesão evidenciada, preferencialmente: fígado, baço, cérebro, e linfonodos. Outras amostras poderão ser coletadas de acordo com critério médico. Os fragmentos deverão ser acondicionados em criotubos novos, distintos e identificados de acordo com o sítio coletado. Armazenar em botijão com nitrogênio líquido até o envio ao LACEN-GO.
- **Derrames cavitários provenientes do SVO:** Em caso de óbito suspeito com evidenciação de derrames cavitários, coletar pelo menos 1 mL de: líquido Ascítico, líquido Pleural e eventualmente líquido Pericárdico. As amostras deverão ser acondicionadas em microtubos novos resistentes a ultra baixa temperaturas, distintos e identificados de acordo com o sítio coletado. Armazenar em botijão com nitrogênio líquido até o envio ao LACEN-GO.

Transporte

- **Para todas as amostras:** O transporte deverá ser realizado em caixa térmica rígida contendo gelo reciclável (2 a 8°C em até 24h), após este período acondicionar em botijão com nitrogênio líquido até o LACEN-GO.

Informações importantes

- A detecção do vírus Chikungunya é direcionada para confirmação diagnóstica de casos suspeitos, notificados que apresentem quadro clínico característico da doença ou vínculo epidemiológico de infecção em pacientes com até 05 dias de início de sintomas.
- Para a realização do exame a amostra deverá estar acompanhada de solicitação da unidade e cópia da ficha de investigação Febre Chikungunya e fichas de cadastro no GAL (GAL-ANEXOS 1, 2 e 3).
- Amostras coletadas com heparina podem apresentar inibição da amplificação de ácidos nucleicos para o alvo pesquisado por RT-qPCR, impossibilitando sua detecção.

Método

- RT-PCR em Tempo Real.

Tempo para liberação do resultado

- 15 dias úteis
- Amostras SVO: 20 dias úteis.

Critérios para rejeição de amostra

- Amostra sem identificação ou com informações inadequadas que impossibilite confirmação de: paciente, origem, data de coleta e material a ser analisado;
- Amostra acondicionada em recipiente que não seja estéril, em material não plástico e inadequado ao congelamento a baixas temperaturas (-70°C);
- Amostra proveniente do SVO (fragmentos de vísceras) transportada à temperatura ambiente ou encaminhada em frasco com solução de formol;
- Amostras encaminhadas fora das condições de acondicionamento descritas anteriormente.

Agravo: FEBRE DO MAYARO**FEBRE DO MAYARO****DETECÇÃO DO VÍRUS DA FEBRE DO MAYARO (RT-PCR em Tempo Real)****Instruções de coleta**

- **Soro:** Venopunção em tubo sem anticoagulante, e separar pelo menos **1 mL** de amostra;
- **LCR:** Coletar pelo menos **1 mL** de amostra;
- **Fragmentos de vísceras provenientes do SVO:** Coletar fragmentos de **1 cm³**;
- **Derrames cavitários provenientes do SVO:** Coletar pelo menos **1 mL** de amostra.

Material e conservação para envio

- **Soro:** Separar o soro realizando a retração do coágulo em tempo mínimo possível. A amostra pode ficar a temperatura ambiente por no máximo 2 horas ou sob refrigeração (2 a 8°C) por 24 horas, até o envio ao laboratório. Armazenar em botijão de Nitrogênio após este período;
- **LCR:** Após coleta o material deve ser enviado imediatamente ao laboratório. Estocagem sob-refrigeração (2 a 8°C) até o envio pode ocorrer por no máximo 24 horas. Armazenar em botijão de Nitrogênio após este período;
- **Fragmentos de vísceras provenientes do SVO:** Em caso de óbito, coletar fragmento de tecido dos sítios com lesão evidenciada, preferencialmente: fígado, baço, cérebro, e linfonodos. Outras amostras poderão ser coletadas de acordo com critério médico. Os fragmentos deverão ser acondicionados em criotubos novos, distintos e identificados de acordo com o sítio coletado. Armazenar em botijão com nitrogênio líquido até o envio ao LACEN-GO.
- **Derrames cavitários provenientes do SVO:** Em caso de óbito suspeito com evidenciação de derrames cavitários, coletar pelo menos 1 mL de: líquido Ascítico, líquido Pleural e eventualmente líquido Pericárdico. As amostras deverão ser acondicionadas em microtubos novos resistentes a ultra baixa temperaturas, distintos e identificados de acordo com o sítio coletado. Armazenar em botijão com nitrogênio líquido até o envio ao LACEN-GO.

Transporte

Para todas as amostras: O transporte deverá ser realizado em caixa térmica rígida contendo gelo reciclável (2 a 8°C em até 24h), após este período acondicionar em botijão com nitrogênio líquido até o LACEN-GO.

Informações importantes

- A detecção do vírus Mayaro é direcionado para confirmação diagnóstica em casos suspeitos de pacientes entre 1 e 5 dias após início dos sintomas, e deve ser notificada por meio da FICHA DE NOTIFICAÇÃO/CONCLUSÃO, utilizando o CID A93.8 (outras febres virais especificadas transmitidas por artrópodes);
- Para realização do exame a amostra deverá estar acompanhada de justificativa da unidade de saúde para diagnóstico diferencial, cópia da ficha de investigação e fichas de cadastro no GAL (GAL-ANEXOS 1, 2 e 3);
- Amostras coletadas com heparina podem apresentar inibição da amplificação de ácidos nucleicos para o alvo pesquisado por RT-qPCR, impossibilitando sua detecção.

Método

- RT-PCR em Tempo Real.

Tempo para liberação do resultado

- 15 dias úteis;
- Amostras SVO: 20 dias úteis.

Crítérios para rejeição de amostra

- Amostra sem identificação ou com informações inadequadas que impossibilite confirmação de: paciente, origem, data de coleta e material a ser analisado;
- Amostra acondicionada em recipiente que não seja estéril, em material não plástico e inadequado ao congelamento a baixas temperaturas (-70°C);
- Amostra proveniente do SVO transportada à temperatura ambiente ou fragmentos de vísceras encaminhados em frasco com solução de formol;
- Amostras encaminhadas fora das condições de acondicionamento/transporte descritas anteriormente.

Agravo: HEPATITES VIRAIS

HEPATITE B

QUANTIFICAÇÃO DO DNA DO VÍRUS DA HEPATITE B (PCR em Tempo Real)

Instruções de coleta

- Venopunção em 2 tubos de 4 mL com EDTA;
- Amostras com níveis elevados de lipídeos, bilirrubina, proteínas ou hemoglobinas interferem neste ensaio.

Material e conservação para envio

- Material: Sangue total ou plasma.
- O sangue total colhido poderá ser conservado entre 2 a 30°C por até 6 horas antes da centrifugação. **NUNCA CONGELE O TUBO COM SANGUE TOTAL.**
- Plasma: Após centrifugar os tubos de coleta, separar alíquotas de pelo menos **1 mL** em dois criotubos estéreis de polipropileno livres de nucleases;
- O plasma poderá ser armazenado entre 15 a 30°C por 24 horas e de 2 a 8°C por 3 dias, eventualmente em freezer -70°C por período prolongado.

Transporte

- Caixa térmica rígida com termômetro e gelo reciclável para manter a temperatura entre 2 a 8°C;
- Não acondicionar os tubos com sangue total diretamente em contato com gelo reciclável, para evitar hemólise;

Informações importantes

- Enviar a Ficha Quantificação de Ácido Nucléico – Carga Viral HBV (SEMOL-ANEXO 3) corretamente preenchida, com a assinatura e carimbo do solicitante;
- **A Unidade solicitante só poderá realizar a coleta de amostras e/ou separação do plasma após treinamento técnico no LACEN-GO.**

Método

- PCR em Tempo Real – Abbott.

Tempo para liberação do resultado

- 15 dias úteis.

Crítérios para rejeição de amostra

- Amostra coletada com anticoagulante heparina ou citrato de sódio;
- Amostra com tempo de separação superior a 6 horas após a coleta ou armazenado entre 2 a 8°C por período superior a 3 dias;
- Volume de plasma inferior a 1 mL;
- Amostra armazenada em tubo que não seja de polipropileno estéril;
- Amostra encaminhada com identificação duvidosa ou sem identificação;
- Amostra sem ficha para a solicitação de quantificação de Carga Viral pela técnica de Biologia Molecular do HBV-DNA ou Ficha incompleta (SEMOL-ANEXO 3);
- Amostras coletadas por unidade que não recebeu capacitação no LACEN-GO;
- Amostras encaminhadas fora das condições de acondicionamento/transporte descritas anteriormente.

Agravo: HEPATITES VIRAIS

HEPATITE C

QUANTIFICAÇÃO PARA O VÍRUS DA HEPATITE C (RT-PCR em Tempo Real)

Instruções de coleta

- Venopunção em dois tubos de 4 mL com EDTA;
- Amostras com níveis elevados de lipídeos, bilirrubina, proteínas ou hemoglobinas interferem neste ensaio.

Material e conservação para envio

- Material: Sangue total ou plasma;
- O sangue total colhido poderá ser conservado entre 2 a 30°C por até 6h antes da centrifugação. **NUNCA CONGELE O TUBO COM SANGUE TOTAL;**
- Plasma: Após centrifugar os tubos de coleta, separar em dois tubos estéreis de polipropileno livres de RNAses e DNAses sendo **1 mL** de plasma em cada.
- O plasma poderá ser armazenado de 15 a 30°C por no máximo 24 h e entre 2 a 8°C por 3 dias, eventualmente em freezer -70°C por período prolongado.

Transporte

- Caixa térmica rígida com termômetro, contendo gelo reciclável para manter a temperatura entre 2 a 8°C;
- Não acondicionar os tubos com sangue total diretamente em contato com gelo reciclável, para evitar hemólise;

Informações importantes

Requisitos necessários para atendimento:

- a) Cópia da identidade;
- b) Cópia do CPF;
- c) Cópia do comprovante de endereço;
- d) Cartão SUS;
- e) Apresentar Formulário de Solicitação Carga Viral do Vírus da Hepatite C (SEMOL - ANEXO 4) corretamente preenchido com a assinatura, CPF e carimbo do solicitante e autorizador;
- f) Cópia de resultado da sorologia do Anti-HCV (1ª Carga Viral) ou último resultado de Carga Viral HCV realizado.

• **A Unidade solicitante só poderá realizar a coleta de amostras e/ou separação do plasma após treinamento técnico no LACEN-GO.**

Método

- RT-PCR em Tempo Real.

Tempo para liberação do resultado

- 15 dias úteis.

Crítérios para rejeição de amostra

- Amostra de sangue total acondicionada de 2 a 30°C após 6 horas da coleta;
- Volume de plasma inferior a 1 mL em tubo encaminhado;
- Amostra sem Formulário de Solicitação Carga Viral do Vírus da Hepatite C (SEMOL-ANEXO 4) ou documentação incompleta;
- Amostra coletada com heparina;
- Plasma armazenado em tubo que não seja de polipropileno estéril;
- Amostra encaminhada com identificação duvidosa ou sem identificação;
- Amostras coletadas por unidade que não recebeu capacitação no LACEN-GO;
- Amostras encaminhadas fora das condições de acondicionamento/transporte descritas anteriormente.



Agravo: HEPATITES VIRAIS

HEPATITE C

GENOTIPAGEM PARA O VÍRUS DA HEPATITE C (RT-PCR em Tempo Real)

Instruções de coleta

- Venopunção em 2 tubos de 4 ml contendo EDTA com gel fornecidos pelo centro colaborador.

Material e conservação para envio²

- Centrifugar o tubo primário a 3000 rpm por 10 minutos;
- Acondicionar a -20°C ou sob-refrigeração (2 a 8°C) até o envio ao centro colaborador.

Transporte²

- Amostras para realização de Genotipagem HCV devem ser transportadas em temperatura ambiente, caixas próprias para transporte fornecidas pelo centro colaborador.

Informações importantes

- Enviar Formulário de Solicitação Genotipagem do Vírus da Hepatite C (SEMOL-ANEXO 6) devidamente preenchido e assinado pelo solicitante;
- A metodologia utilizada pelo centro colaborador exige que a amostra direcionada para o teste de genotipagem apresente carga viral de pelo menos 500 UI/mL, que deverá ser comprovada por teste de quantificação de carga viral, realizado em um período anterior máximo de 12 meses (Nota Informativa nº 32 de 2016 - CATG).

Método

- Genotipagem de HCV por Sequenciamento.

Tempo para liberação do resultado

- 12 dias úteis após a chegada da amostra no centro colaborador, sendo que os resultados serão disponibilizados exclusivamente através do sistema GAL da unidade coletadora.

Crítérios para rejeição de amostra²

- Coleta realizada em tubo com outro anticoagulante (que não seja EDTA, como fluoreto ou citrato);
- Amostra hemolisada ou com presença de coágulo visível no tubo;
- Amostra sem Formulário de Solicitação Genotipagem do Vírus da Hepatite C (SEMOL-ANEXO 6) ou preenchido de forma inadequada e/ou campos obrigatórios não preenchidos;
- Carga Viral para HCV abaixo de 500 UI/mL, realizado em um período inferior a 12 meses.

Agravo: MENINGITES BACTERIANAS - DIAGNÓSTICO MOLECULAR

MENINGITES BACTERIANAS

DETECÇÃO E IDENTIFICAÇÃO DE MENINGITE BACTERIANA (PCR em Tempo Real)

Instruções de coleta

- **LCR:** Coletar pelo menos **1 mL** de amostra;
- **Soro:** Venopunção em tubo sem anticoagulante, encaminhar pelo menos **1 mL** de amostra;
- **Fragmentos de Vísceras provenientes do SVO:** Coletar fragmentos de **1cm³**.

Material e conservação para envio

- **Soro:** Separar o soro realizando a retração do coágulo em tempo mínimo possível. A amostra pode ficar a temperatura ambiente por no máximo 4 horas ou refrigerada (2-8°C) por até 8h, até o envio ao laboratório. Armazenar a -70°C;
- **LCR:** Após coleta o material deve ser enviado imediatamente ao laboratório. A amostra pode ficar a temperatura ambiente por no máximo 4 horas ou refrigerada (2-8°C) por até 8h até o envio ao laboratório. Armazenar a -70°C;
- **Fragmentos de Vísceras provenientes do SVO:** Em caso de óbito, coletar fragmento de tecido dos sítios com lesão evidenciada, preferencialmente: cérebro, cerebelo, e eventualmente fígado, baço e pulmão. Outras amostras pós-óbito, como sangue, poderão ser coletadas de acordo com critério médico. Os fragmentos deverão ser acondicionados em criotubos novos, distintos e identificados de acordo com o sítio coletado. Armazenar em botijão com nitrogênio líquido até o envio ao LACEN-GO.

Transporte

- **Para todas as amostras:** O transporte deverá ser realizado, preferencialmente, em caixa térmica rígida ou em botijão com nitrogênio líquido até o laboratório executor.

Informações importantes

- O LCR deverá ser colhido preferencialmente antes de iniciar o tratamento com antimicrobianos e ter o volume mínimo (1 mL) encaminhado, para garantir a alta sensibilidade do exame de Biologia Molecular;
- O teste de PCR em Tempo Real para Meningites Bacterianas realizado no LACEN-GO pesquisa exclusivamente os seguintes agentes bacterianos: *Neisseria meningitides*, *Streptococcus pneumoniae* e *Haemophilus influenzae*.

Método

- PCR em Tempo Real.

Tempo para liberação do resultado

- 7 dias úteis;
- Amostras SVO: 20 dias úteis.

Crítérios para rejeição de amostra

- Amostra sem identificação ou com informações inadequadas que impossibilite confirmação de: paciente, origem, data de coleta e material a ser analisado;
- Amostra acondicionada em recipiente que não seja estéril, em material não plástico e inadequado ao congelamento a baixas temperaturas (-70°C);
- Amostra proveniente do SVO (fragmentos de vísceras) transportada à temperatura ambiente ou encaminhada em frasco com solução de formol;
- Amostras encaminhadas fora das condições de acondicionamento/transporte descritas anteriormente.

Agravo: SRAG / SURTO DE SG - DIAGNÓSTICO MOLECULAR DE VÍRUS RESPIRATÓRIOS**VÍRUS RESPIRATÓRIOS - DETECÇÃO DE INFLUENZA / OUTROS VÍRUS RESPIRATÓRIOS
(RT-PCR em Tempo Real)****Instruções de coleta**

- **Swab combinado naso-orofaríngeo:** coletar swabs até o 7º dia após o início dos sintomas;
- **Fragmentos de vísceras provenientes do SVO:** Coletar fragmentos de 1 cm³;

Material e Conservação para envio

- **Swabs combinados:** deverão ser coletados três swabs, um de orofaringe e dois de nasofaringe, sendo um de cada narina. Em seguida à coleta, inserir os três swabs em um mesmo frasco contendo 3 mL de solução salina com antibiótico (fornecido pelo LACEN-GO);
- O tubo com os swabs deverá ser identificado com o nome do paciente, a data, local de coleta e acondicionado individualmente em saco plástico destinado, sob refrigeração (2 a 8°C - não congelar) até o envio ao LACEN-GO;
- Em caso de óbito avaliado pelo SVO, com notificação de SRAG, coletar fragmento de brônquio e pulmão (direito e esquerdo para ambos) em até 8 horas após o evento. Outras amostras poderão ser coletadas de acordo com critério médico. Os fragmentos deverão ser acondicionados em tubos contendo 6 mL de solução salina com antibiótico (fornecido pelo LACEN-GO) e identificados de acordo com o sítio coletado.

Transporte

- A amostra (swab combinado) deverá ser acondicionada dentro de pote plástico e transportada em caixa térmica rígida, contendo gelo reciclável para manter temperatura entre 2 a 8°C até a chegada ao LACEN-GO. O prazo máximo de encaminhamento ao laboratório é de 24 horas sob refrigeração;
- Os tubos contendo fragmentos de tecido (4 sítios para cada paciente) podem ser acondicionados dentro de pote plástico e transportados em caixa térmica rígida, contendo gelo reciclável (2 a 8°C) imediatamente após a coleta até a chegada ao LACEN-GO ou acondicionadas e transportadas em botijão com nitrogênio líquido.

Informações importantes

- O exame de PCR Influenza é designado para Detecção e Tipagem dos vírus Influenza A (H1N1 pandêmico, AH3 Sazonal) e detecção de Influenza B;
- As amostras não detectáveis para vírus Influenza são redirecionadas internamente para inclusão de exame complementar (Detecção de Vírus Respiratórios por RT-PCR em Tempo Real), que pesquisa os vírus: Parainfluenza 1, Parainfluenza 2, Parainfluenza 3, Adenovírus, Vírus Respiratório Sincicial e Metapneumovírus humano;
- O Kit de coleta para o Diagnóstico Molecular de Vírus Respiratórios (PCR Influenza) deverá ser solicitado no LACEN-GO mediante requisição no email: lacen.redelab@gmail.com;
- O encaminhamento da amostra ao LACEN-GO deverá ser acompanhado da ficha de Requisição para Exames no Sistema GAL (GAL-ANEXOS 1, 2 e 3), caso não tenha sido realizado o cadastro, e da ficha de Notificação “Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) - Internada Ou Óbito Por SRAG”, preenchidas de forma legível.

Método

- RT-PCR em Tempo Real.

Tempo de Liberação

- 7 dias úteis;
- Amostras SVO: 20 dias úteis.

Crítérios para rejeição de amostra

- Amostra sem identificação ou com identificação insuficiente que possa gerar dúvidas, e eventualmente encaminhada em recipiente que não seja o fornecido pelo LACEN-GO;
- Amostra contendo swab “seco” (sem meio de transporte) ou em meio de transporte impróprio para pesquisa de vírus;
- Amostra que tenha sido submetida a congelamento após coleta e encaminhada à temperatura ambiente;
- Amostra com o tempo superior a vinte e quatro horas da coleta até a entrega no laboratório.

Agravo: ZIKA

ZIKA

DETECÇÃO DO VÍRUS ZIKA (RT-PCR em Tempo Real)

Instruções de coleta

→ **Gestantes com Exantema e/ou outros sinais suspeitos de ZIKA:**

• **Soro:** Venopunção em tubo sem anticoagulante, até o 5º dia do início dos sintomas;

• **Urina:** Coletar amostra de urina em recipiente estéril e encaminhar alíquota de no mínimo 3 mL em tubo cônico tipo Falcon ou em criotubo (com 1 mL cada) até o 14º dia do início dos sintomas;

→ **Neonato com Microcefalia suspeita por ZIKA:**

• **Sangue do Cordão Umbilical:** Proceder a coleta no momento do parto e priorizar a separação do soro;

• **Urina:** Proceder a coleta em coletor infantil e encaminhar alíquota de no mínimo 1 mL em tubo ou no mínimo 3 mL em tubo cônico tipo Falcon;

• **LCR:** Punção lombar. Procedimento a ser realizado à critério do médico responsável;

• **Fragmento de Placenta:** Proceder a coleta no momento do parto. Coletar fragmento de até 1cm³;

→ **Nati-morto com Microcefalia/má-formação suspeita por ZIKA:**

• **Fragmentos de Visceras provenientes do SVO:** Coletar fragmentos de até 1cm³;

→ **Óbito suspeito por ZIKA encaminhado do SVO:**

• **Fragmentos de Visceras provenientes do SVO:** Em caso de óbito, coletar fragmento de tecido dos sítios com lesão evidenciada, preferencialmente: fígado, baço, cérebro e linfonodos. Outras amostras como sangue pós-óbito e LCR deverão ser coletadas para pesquisa pareada do vírus.

Material e conservação para envio

• **Soro:** Separar pelo menos 1 mL de soro em criotubo após a retração do coágulo. Armazenar de 2 a 8°C por no máximo 24h. Após 24h, conservar em botijão com nitrogênio líquido até o envio ao LACEN-GO;

• **Urina:** Armazenar de 2 a 8°C por no máximo 24h. Após 24h conservar em botijão com nitrogênio líquido até o envio ao LACEN-GO;

• **Sangue do Cordão Umbilical:** Separar pelo menos 1 mL de soro em criotubo após a retração do coágulo. Armazenar de 2 a 8°C por até 24h. Após 24h, conservar em botijão com nitrogênio líquido.

• **LCR:** Após coleta, encaminhar criotubo contendo pelo menos 1 mL do material ao laboratório. Armazenar de 2 a 8°C por no máximo 24 h, após este período conservar em botijão com nitrogênio líquido até o envio ao LACEN-GO;

• **Fragmento de Placenta:** Coletar fragmento de até 1cm³. O fragmento deverá ser acondicionado em criotubo novo com identificação da amostra e data da coleta. Encaminhar imediatamente ou armazenar em botijão com nitrogênio líquido até o envio ao LACEN-GO;

• **Fragmentos das Visceras provenientes de Feto Morto encaminhado pelo SVO:** Em caso de óbito, colher fragmento de fígado, baço, cérebro e pulmão. Outras amostras poderão ser coletadas de acordo com critério médico. Coletar fragmentos de até 1cm³. Os fragmentos deverão ser acondicionados em criotubos novos, distintos e identificados de acordo com o sítio coletado. Encaminhar imediatamente ou armazenar em botijão com nitrogênio líquido até o envio ao LACEN-GO.

Informações importantes

• A pesquisa do vírus Zika por Biologia Molecular é direcionada para confirmação diagnóstica de caso suspeito em gestante com exantema máculo-papular pruriginoso, casos de manifestações neurológicas com histórico de infecção viral prévia, criança recém-nascida com microcefalia e óbitos suspeitos de envolvimento com ZIKA;

• Amostras de sangue (soro) de cordão umbilical, líquido, placenta e vísceras (cérebro, fígado, coração, pulmão, rim e baço de natimorto) deverão seguir orientações conforme o Protocolo de Vigilância e Resposta à ocorrência de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus Zika, disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br> ou <http://combateaedes.saude.gov.br/protocolos-e-diretrizes>;

• Para realização do exame a amostra deverá estar acompanhada de solicitação da unidade de saúde e cópia da ficha de Notificação/Conclusão e fichas de cadastro no GAL (GAL-ANEXOS 1, 2 e 3);

• Amostras coletadas em heparina podem apresentar inibição da amplificação de ácidos nucleicos para o alvo pesquisado por RT-qPCR, impossibilitando sua detecção.

(continua...)



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



ESTADO
DE GOIÁS

BIOLOGIA MOLECULAR

Agravado: ZIKA

ZIKA

DETECÇÃO DO VÍRUS ZIKA (RT-PCR em Tempo Real)

(continuação...)

Método

- RT-PCR em Tempo Real.

Tempo para liberação do resultado

- 15 dias úteis;
- Amostras SVO: 20 dias úteis.

Crítérios para rejeição de amostra

- Amostra proveniente do SVO (fragmentos de vísceras) transportada à temperatura ambiente ou encaminhada em frasco com solução de formol;
- Amostra sem identificação ou com identificação inadequada que impossibilite evidenciar: paciente, origem, data de coleta e material a ser analisado;
- Amostra acondicionada em recipiente inadequado ao congelamento a baixas temperaturas (-70°C);
- Amostra transportada à temperatura ambiente até a entrega no laboratório;
- Amostra sem cadastro no GAL (GAL-ANEXOS 1, 2 e 3) e ficha de investigação específica devidamente preenchida.



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



ESTADO
DE GOIÁS

BIOLOGIA MOLECULAR

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de vigilância epidemiológica de Febre Amarela, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Programa Nacional de Controle da Dengue – PNCD/Fundação Nacional de Saúde. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de vigilância epidemiológica, 815p. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral dos Laboratórios de Saúde Pública. Manual de técnicas para o Diagnóstico Laboratorial de Dengue, 1ª edição. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de bolso – Doenças infecciosas e parasitárias, 372p. 7ª edição. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Prevalência e Frequências relativas de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) em Populações Seleccionadas de Seis Capitais Brasileiras, editora MS. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Hepatites Virais: O Brasil está atento, 3ª edição. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais para a prevenção e controle de epidemias de Dengue, 157 p. 1ª edição. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretoria Técnica de Gestão. Nota técnica nº 189/10 – ULAB/PN-DST-AIDS/SVS/MS. Assunto: Procedimento para coleta armazenamento e transporte das amostras para testes de CD4/CD8, Carga viral do HIV-1 e Genotipagem do HIV-1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde: volume único 2. ed. Brasília-DF, 2017.



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



**ESTADO
DE GOIÁS**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Guia de vigilância de epizootias em primatas não humanos e entomologia aplicada à vigilância da febre amarela. 2. ed. atual. – Brasília-DF, 2017.

Center for Disease Control and Prevention (CDC). Revised diagnostic testing for Zika, chikungunya, and dengue viruses in US Public Health Laboratories. CDC, Atlanta, 2016, p.6pp. Organização Mundial de Saúde (OMS). Dengue Guidelines, 2009.

Manual de Procedimentos Operacionais – Abbott Real Time. Versão: BR-VERSÃO 1.0 – 17/10/2013.

Portaria GM N. 204, DE 17 DE FEVEREIRO DE 2016.

Portaria nº 221 de 13/07/2011 MS/SVS/Dep de Aids e Hepatites Virais.

Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite Viral C e Coinfecções.

Unidade de laboratório do departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais. Procedimento Operacional Padrão - Coleta, Armazenamento e Transporte das Amostras para Testes de Quantificação da Carga Viral do Vírus da Hepatite B – HBV-DNA. Brasília, 2010.

WHO. Dengue: Guidelines for diagnosis, treatment, prevention and control. New ed., TDR: World Health Organization, Geneva, x, 147 pp., 2009.



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



ESTADO
DE GOIÁS

BIOLOGIA MOLECULAR

ANEXOS

- **GAL-ANEXO 1** – FORMULÁRIO DE REQUISIÇÃO DE EXAMES DA BIOLOGIA MÉDICA
- **GAL-ANEXO 2** – REQUISIÇÃO DIGITALIZADA NO SISTEMA GAL
- **GAL-ANEXO 3** – RELATÓRIO DE EXAMES ENCAMINHADOS PARA O LACEN-GO
- **SEMOL-ANEXO 1** - FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE EXAME DE GENOTIPAGEM DE HIV
- **SEMOL-ANEXO 2** - LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE BPA-I - QUANTIFICAÇÃO DE ÁCIDO NUCLÉICO - CARGA VIRAL DO HIV
- **SEMOL-ANEXO 3** – FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE EXAME DE QUANTIFICAÇÃO DE HBV.
- **SEMOL-ANEXO 4** - FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE CARGA VIRAL DO VÍRUS DA HEPATITE C
- **SEMOL-ANEXO 5** - FICHA DE NOTIFICAÇÃO PARA EPIZOOTIA
- **SEMOL-ANEXO 6** - FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE GENOTIPAGEM DO VÍRUS DA HEPATITE C.
- **SEMOL-ANEXO 7** - FICHA DE NOTIFICAÇÃO PARA FEBRE AMARELA
- **SEMOL-ANEXO 8** – FICHA DE NOTIFICAÇÃO PARA DENGUE/CHIKUNGUNYA
- **SEMOL-ANEXO 9** - FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE CONCLUSÃO
- **SEMOL-ANEXO 10** - FICHA DE NOTIFICAÇÃO PARA SRAG
- **SEMOL-ANEXO 11** - FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE TIPIIFICAÇÃO DO ALELO HLA-B*5701



GAL-ANEXO 1 - FORMULÁRIO DE REQUISIÇÃO DE EXAMES DA BIOLOGIA MÉDICA



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial - GAL

Requisição de Exame

REQUISIÇÃO	1) Nº Requisição:		2) Unidade de Saúde (ou outra fonte):*		3) CNES:*											
	4) Município de Atendimento:				5) Código IBGE:*		6) UF:									
	7) Nome do Profissional de Saúde:*				8) Registro Conselho/Matricula:*		9) Assinatura:									
	10) Data de Solicitação:*		11) Data dos Primeiros Sintomas:		12) Caso: 1 - Suspeito 2 - Comunicante 3 - Acompanhamento 4 - Controle 5 - Óbito 6 - Caso grave 7 - Surto 8 - Diagnóstico 9 - Ignorado											
13) Tratamento: Quantidade: 1 - Dia 2 - Semana 3 - Mês 4 - Ano 9 - Ignorado		14) Etapa de Tratamento: 1 - Pretratamento 2 - Tratamento 3 - Retratamento 4 - Avaliação de Resistência 9 - Ignorado		15) Paciente Tomou Vacina? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		16) Data da Última Dose:										
17) Vacina?		18) Finalidade: 1 - Campanha 2 - Inquérito 3 - Investigação 4 - Programa 5 - Protocolo 6 - Projeto 9 - Ignorado														
19) Nome do Paciente:*																
20) Data de Nascimento:*																
21) Idade:*		22) Sexo:*		23) Idade Gestacional:		24) Nacionalidade:										
25) Raça/Cor: 1 - Branca 2 - Preta 3 - Parda 4 - Amarela 5 - Indígena 99 - Sem Informação		26) Etnia:		27) Nome da Mãe:												
28) Documento 1: 1 - RG 2 - CPF 3 - CNH 4 - CNS 5 - CNASC 6 - PRONT 7 - INFOPEN Número:				29) Documento 2: 1 - RG 2 - CPF 3 - CNH 4 - CNS 5 - CNASC 6 - PRONT 7 - INFOPEN Número:												
30) Logradouro: (Rua, Avenida...)						31) Número:										
32) Complemento do Logradouro:			33) Ponto de Referência:			34) Bairro:										
35) Município de Residência:*						36) Código IBGE:*		37) UF:								
38) CEP:			39) DDD / Telefone:			40) Zona: 1 - Urbana 2 - Periurbana 3 - Rural 4 - Silvestre 9 - Ignorada		41) País (Se reside fora do Brasil):*								
AMOSTRA / EXAME	42) Exame Solicitado:*		43) Material Biológico:*		44) Localização:		45) Amostra: 1 - IN 2 - IB 3 - LM 4 - MTS 5 - MIV 6 - FF 7 - FA 8 - FO 9 - BF 10 - PF Única		46) Mat. Clínico:		47) Data da coleta:*		48) Hora da coleta:		49) Usou medicamento antes da data da coleta? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Data início do uso: Especifique:	
SINAN	50) Agravo/Doença:				51) CID 10:*		52) Nº Notificação do SINAN:*		53) Data de Notificação:*							
	54) Unidade de Saúde Notificante:						55) CNES*									
	56) Município de Notificação:						57) Código IBGE*		58) UF:							
DADOS COMPLEMENTARES	59) Dados Clínicos/Laboratoriais:															

*Campo de preenchimento obrigatório



GAL-ANEXO 1 - Continuação...

(verso)

CGLAB/SVS/MS

SISTEMA GERENCIADOR DE AMBIENTE LABORATORIAL (GAL)
INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DA REQUISIÇÃO DE EXAME

Ordem	Descrição dos Campos
01	Número da requisição gerado pelo sistema após o cadastro. (OBRIGATÓRIO). Caso ainda não tenha sido cadastrada (NÃO OBRIGATÓRIO).
02	Unidade de Saúde ou outra fonte que solicita exame (s) da rede de laboratórios: Nome completo e sem abreviaturas.
03	Número do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES (OBRIGATÓRIO).
04	Nome do município de atendimento da Unidade de Saúde ou de outra fonte responsável pela solicitação de exame(s).
05	Código do IBGE correspondente. (OBRIGATÓRIO).
06	Sigla da Unidade da Federação da Unidade de Saúde ou outra fonte responsável pela solicitação de exame(s).
07	Nome completo do profissional de saúde responsável pela solicitação de exame (s) sem abreviaturas. (OBRIGATÓRIO).
08	Abreviatura/número do conselho ou matrícula do profissional de saúde (OBRIGATÓRIO). Ex: CRM/RJ 1234.
09	Assinatura e carimbo do profissional de saúde responsável pela solicitação de exame (s).
10	Data da solicitação de exame (s) (OBRIGATÓRIO). No formato dd/mm/aaaa.
11	Data dos primeiros sintomas – data que surgiram os primeiros sintomas do paciente. No formato dd/mm/aaaa.
12	Classificação do tipo de caso: 1 – Suspeito (diagnóstico para definição de doença/agravo); 2 – Comunicante (paciente teve contato familiar, sexual com um caso); 3 – Acompanhamento (paciente em tratamento de doença/agravo); 4 – Controle (controle de tratamento de doença/agravo finalizado); 5 – Óbito (diagnóstico para esclarecimento de causa mortis); 6 – Caso grave (paciente em estado grave, internado ou não); 7 – Surto (esclarecimento de ocorrência de doença/agravo em área restrita); 8 – Diagnóstico (paciente para confirmação da doença/agravo) e 9 – Ignorado.
13	Tratamento – informar o tempo de tratamento que o paciente encontra-se na data da solicitação do exame (s). (Exemplo: 10 dias => deve ser informado na lacuna quantidade o número "10", e na segunda lacuna o item correspondente à opção "1", que significa dia.
14	Etapa de tratamento – corresponde à etapa em que o paciente encontra-se na data da solicitação do exame (s), podendo ser: 1 - Pretratamento (sem tratamento); 2 - Tratamento (sob medicação); 3 - Retratamento (iniciado novamente o tratamento ou troca de esquema de tratamento); 4 - Avaliação de resistência (paciente com resultados laboratoriais sugestivo a resistência) e 9 – Ignorado.
15	O paciente tomou vacina? – O campo deve ser preenchido, após verificar no cartão de vacina, se o paciente já foi vacinado contra o agravo/doença suspeito ou confirmado conforme solicitação de exame (s). 1 – Sim; 2 – Não e 9 – Ignorado.
16 e 17	Data da última dose da vacina contra agravo/doença suspeita ou confirmada que o paciente tomou no formato dd/mm/aaaa. Especifique o tipo da vacina.
18	Finalidade da requisição: 1 – Campanha (evento investigatório com período definido para doença/agravo específico); 2 – Inquérito (investigação contínua ao longo do tempo para doença/agravo específico); 3 – Investigação (aplicável a doenças/agravs em período e área definidos, em eventos inesperados ou programados, como surtos ou sentinelas); 4 – Programa (eventos investigativos ligados a ações de programas específicos das esferas governamentais); 5 – Protocolo (investigação diagnóstica definida por instituição ou esfera governamental, para definição de perfil diferencial ligado à doença/agravo principal); 6 – Projeto (investigação de doença/agravo ligado a pesquisa) e 9 – Ignorado. Especificar o nome da finalidade (Nível Nacional ou Estadual).
19	Paciente: nome completo e sem abreviatura. (OBRIGATÓRIO).
20	Data de nascimento do paciente no formato dd/mm/aaaa.
21	Idade do paciente. Este campo deve ser preenchido somente se a data de nascimento for desconhecida. (Ex. 10 dias => deve ser informado na lacuna quantidade o número "10" e na segunda lacuna o item correspondente à opção "2", que significa dia). 1 – Hora(s); 2 – Dia(s); 3 – Mês(s) e 4 – Anos. (OBRIGATÓRIO).
22	Sexo do paciente. F – Feminino; M – Masculino e 1 – Ignorado. (OBRIGATÓRIO)
23	Idade Gestacional. Sendo o paciente do sexo feminino, informar o período gestacional em que a paciente se encontra no momento da ocorrência do agravo/doença. Sendo o paciente do sexo masculino, informar a opção 6 – não se aplica.
24	Nacionalidade: País de origem do paciente.
25	Raça/Cor: 1 – Branca; 2 – Preta; 3 – Parda; 4 – Amarela; 5 – Indígena e 99 – Sem informação.
26	Etnia: Caso o campo 25 seja preenchido pela opção indígena automaticamente aparece a tabela de etnia.
27	Nome da mãe: Informar o nome completo e sem abreviações.
28 e 29	Documento: Este campo deve ser preenchido informando na primeira lacuna o tipo de documento e em seguida seu número. (Ex. CPF: 777.888.999.00 => deve ser informado o item correspondente à opção "2", que significa CPF e segunda lacuna o número 555.555.555.55). 1 – RG – Carteira de Identidade; 2 – CPF – Cadastro de Pessoa Física; 3 – CNH – Carteira Nacional de Habilitação; 4 – CNS – Cartão Nacional de Saúde; 5 – CNASC – Certidão de Nascimento; 6 – PRONT – Prontuário e 7 – INFOPEN – Sistema de Informações Penitenciárias.
30	Logradouro (rua, avenida...) do paciente.
31	Número (apartamento, casa) do logradouro do paciente.
32	Dados complementares do logradouro do paciente.
33	Ponto de referência para auxiliar na localização do logradouro do paciente.
34	Bairro do logradouro do paciente.
35	Município do logradouro do paciente.
36	Código do IBGE correspondente (OBRIGATÓRIO).
37	Sigla da Unidade de Federação do logradouro do paciente.
38	CEP - Código de endereçamento postal do logradouro (avenida, rua, travessa, etc) do paciente.
39	Código da localidade e o telefone para contato do paciente. (DDD e número do telefone)
40	Classificação da zona do logradouro do paciente. 1 – Urbana; 2 – Periurbana; 3 – Rural; 4 – Silvestre e 9 – Ignorado.
41	País do logradouro do paciente. Se residente fora do Brasil preenchimento do País. (OBRIGATÓRIO).
42	Informar o(s) exame(s) laboratorial (is) solicitado(s) para o paciente (OBRIGATÓRIO) pelo profissional de saúde.
43	Material Biológico (amostra enviada): Informar o(s) tipo(s) de material (is) biológicos (s) enviado(s) para o(s) exame(s) solicitado(s) para o paciente (OBRIGATÓRIO).
44	Informar caso o material biológico requiera localização, a parte do corpo de onde a amostra foi coletada. Ex. Abdômen, Braço direito, ...
45	Informar o(s) número(s) da(s) amostra(s) coletada(s) para o paciente. 1ª – 1ª amostra; 2ª – 2ª amostra; nª – nª amostra e U – Única (OBRIGATÓRIO).
46	Material Clínico em que a amostra foi enviada: 1 - IN – Amostra in Natura; 2 - IB – Isolado Bacteriano; 3 - LM – Lâmina; 4 - MTB – Meio de Transporte Bacteriano; 5 - MTV – Meio Transporte Viral; 6 - FF – Fixado em Formol; 7 - FA – Fixado em Álcool; 8 - FO – Fixado em Outros; 9 - BP – Bloco de Parafina e 10 - PF – Em Papel de Filtro.
47	Data da Coleta. Informar a data em que a(s) amostra(s) foi coletada(s) (OBRIGATÓRIO). No formato dd/mm/aaaa
48	Hora da Coleta. Informar a hora em que a(s) amostra(s) foi coletada(s). No formato hh:mm Ex. 12h 54min
49	Informar se o paciente usou medicamento antes da data de coleta. 1 – Sim; 2 – Não e 9 – Ignorado Caso a informação seja 1 - Sim, Especificar e a data de início do uso do medicamento.
50	Informar o nome do agravo/doença conforme ficha de investigação do SINAN (PREENCHIMENTO APENAS PARA CASOS NOTIFICADOS).
51	Informar o código correspondente estabelecido pelo SINAN do CID 10, conforme descrita na ficha de investigação do SINAN (OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS).
52	Preencher com o número da notificação atribuído pela unidade de saúde ou outra fonte conforme descrita na ficha de investigação do SINAN (OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS).
53	Informar a data da notificação conforme descrita na ficha de notificação SINAN no formato dd/mm/aaaa (OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS).
54	Nome completo da Unidade de Saúde ou outra fonte que realizou a notificação.
55	Informar o código correspondente ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES (OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS E DIFERENTES DA UNIDADE SOLICITANTE).
56	Nome completo do município onde está localizada a unidade de saúde ou outra fonte notificadora que realizou a notificação.
57	Código do IBGE (OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS E DIFERENTES DO MUNICÍPIO DE ATENDIMENTO).
58	Sigla da Unidade de Federação da Unidade de Saúde ou outra fonte que realizou a notificação no SINAN (OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS E DIFERENTES DA UNIDADE DE FEDERAÇÃO).
59	Dados Clínicos / Observações: Informar dados clínicos/ laboratoriais adicionais que auxiliam no diagnóstico laboratorial.



GAL-ANEXO 2 - REQUISIÇÃO DIGITALIZADA NO SISTEMA GAL



Governo do Estado de Goiás
Secretaria de Estado da Saúde
LABORATORIO DE SAÚDE PÚBLICA DR GIOVANNI CYSNEIROS
Av. Contorno nº 3.556 - Jardim Bela Vista
CNPJ: 02.529.964/0012-00
Site: <http://www.lacen.go.gov.br/> - E-mail: lacen.dirgeral@saude.go.gov.br
Telefone: (62)3201-3888 - Fax: (62)3201-3884



Paciente		Data de Nascimento		Idade	Sexo
Nome XXXXX		22/10/2011		2 ANO(S)	MASCULINO
Nacionalidade BRASIL		Raça		Etnia	
Idade gestacional	Documentos do Paciente RG: xxxxxxxx,		Nome da Mãe XXXXXX		
Logradouro XXXXX	N. XX	Complemento XX	Referência XX	Bairro XX	
Município GOIANIA	Cod. IBGE 520870	UF GO.	CEP	Telefone (62)2222-2222	Zona URBANA

Requisitante		Cód. CNES	Município	Cod. Município
Unidade de Saúde LABORATORIO DE SAUDE PUBLICA DR GIOVANNI CYSNEIROS		2338343	GOIANIA	520870
Profissional de Saúde XXXXX		N. Registro/Classe Profissional CRM XXX		

Dados da Solicitação				
Data da Solicitação 01/01/2014	Data dos 1ºs Sintomas 31/12/2013	Caso SUSPEITO	Tratamento 1 DIA(S)	Etapa PRÉ-TRATAMENTO
Paciente tomou Vacina? NÃO	Data da Última Dose	Qual Vacina?	Finalidade Investigação	Descrição Dengue

Dengue, Sorologia - Soro - Amostra Única -							Medicamento		
Exame	Metodologia	Material	Localizacao	Amostra	Material Clínico	Data da Coleta	Hora da Coleta	Usou?Nome	Data de Início do Uso
Dengue, IgM	Enzimaimunoensalo	Soro		Única	Amostra "in natura"	22/01/2014			

Notificação SINAN			
Agravo/Doença DENGUE	CID 10 A90	N.º Notificação 122222222222	Data da Notificação 01/01/2014
Unidade de Saúde Notificante LACEN LABORATORIO CENTRAL DE SAUDE PUBLICA			CNES 2494086
Município PALMAS	Cód. IBGE 172100	UF	

Observações xxxxxxxxx



GAL-ANEXO 3 - RELATÓRIO DE EXAMES ENCAMINHADOS PARA O LACEN-GO

GAL - Exames Encaminhados para a Rede de Laboratórios

Origem: APAE GOIANIA
Destino: LABORATORIO DE SAUDE PUBLICA DR GIOVANNI CYSNEIROS
Período: 22/01/2014 às 00:00:00 até 22/01/2014 às 23:59:59

Requisição	Paciente	Exame	Metodologia	Material	Amostra	Usuario	Data
 140189000001	XXXXX	Dengue, IgM	Enzimaimunoensaio	Soro	1ª amostra	WESLEY LOPES	22/01/2014 09:59:19
 140189000001	XXXXX	Hepatite A, Anti HAV - IgM	Enzimaimunoensaio	Soro	1ª amostra	WESLEY LOPES	22/01/2014 09:59:20
 140189000001	XXXXX	Hepatite B, Anti HBc Total	Eletroquimioluminescencia	Soro	1ª amostra	WESLEY LOPES	22/01/2014 09:59:20
 140189000001	XXXXX	Hepatite B, HBsAg	Eletroquimioluminescencia	Soro	1ª amostra	WESLEY LOPES	22/01/2014 09:59:20
 140189000001	XXXXX	Toxoplasmose, Avidéz IgG	Enzimaimunoensaio	Soro	1ª amostra	WESLEY LOPES	22/01/2014 09:59:20
 140189000001	XXXXX	Toxoplasmose, IgG	Enzimaimunoensaio	Soro	1ª amostra	WESLEY LOPES	22/01/2014 09:59:20
 140189000001	XXXXX	Toxoplasmose, IgM	Enzimaimunoensaio	Soro	1ª amostra	WESLEY LOPES	22/01/2014 09:59:20

Recebido por: _____ / ____ / ____ as ____ h ____ em ____ m.



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



ESTADO
DE GOIÁS

BIOLOGIA MOLECULAR

SEMOL-ANEXO 1 - FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE EXAME DE
GENOTIPAGEM DE HIV

Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais		Formulário para Solicitação de Exame de Genotipagem de HIV	
1. Nome da Instituição Solicitante (carimbo padrão)*		2. CNPJ	
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
Nome*		5. Identificação do usuário nos relatórios	6. Data de Nascimento*
3. Oficial:		<input type="checkbox"/> 1-Oficial <input type="checkbox"/> 2-Social	/ /
4. Social:			
7. Sexo*		<input type="checkbox"/> 1-Masculino <input type="checkbox"/> 2-Feminino	
8. País	9. Cidade de nascimento*	10. UF*	11. Raça/Cor
		<input type="checkbox"/> 1-branca 2-preta 3-amarela 4-parda 5-indígena - Etnia: _____ 6-não informado 7-ignorada	
12. Número de Identidade	13. CPF	14. Escolaridade	
		<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 / 9. ignorado	
15. Número SISCEL			
16. Cartão Nacional de Saúde - CNS*	17. Gestante* S-Sim / N-Não	17.1. Idade gestacional*	18. Telefone do Paciente
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> semanas	() -
19. Prontuário			
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	27. UF
			28. Cód. IBGE Município
DADOS DA SOLICITAÇÃO DO EXAME			
29. Código do Procedimento		30. Nome do Procedimento	
02.02.03.124-1		Genotipagem do HIV	
DADOS CLÍNICOS			
31. Resultado de Carga Viral (cópias/ml e log)* (realizado na rede pública ou privada)		32. Resultado de Linfócitos T CD4+ (cél/mm ³) e (%)	
Situação	Data da Coleta	Cópias	Log
Última Carga Viral	/ /		
Penúltima Carga Viral	/ /		
33. CID 10		34. Comorbidades	
B24		35. Genotipagem anterior	
		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim - Ano(s): _____	
INDICAÇÃO DE GENOTIPAGEM¹			
36. Tipo de genotipagem a ser realizada*:		36.1. Solicitação simultânea dos exames de carga viral e genotipagem*:	
<input type="checkbox"/> Genotipagem Convencional (Protease e Transcriptase Reversa) <input type="checkbox"/> GP41 (T 20/Enfuvirtida) <input type="checkbox"/> Integrase (Raltegravir/Dolutegravir) <input type="checkbox"/> Alça V3 GP120 (Maraviroque)		Solicitação de exame de carga viral na mesma data? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
37. Paciente em Tratamento?*		38. Indicação de Genotipagem pré-tratamento (preencher caso o paciente não esteja em tratamento)*	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Gestante <input type="checkbox"/> Criança (0-17 anos; TV ²) <input type="checkbox"/> Parceria sorodiferente (parceiro em uso atual ou prévio de TARV ³) <input type="checkbox"/> Coinfecção TB-HIV	
Esquemas antirretrovirais já utilizados e atualmente em uso:*			
39. Usuário do esquema:*		<input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Parceiro (genotipagem pré-tratamento) <input type="checkbox"/> Mãe (Transmissão vertical)	
Esquemas:		Início* (ano)	Motivo da Troca
		FT ⁴	INT ⁵
1º		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2º		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3º		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4º		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5º		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DADOS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			
40. Nome do Profissional Solicitante*		43. Documento do Profissional Solicitante*	
		CPF:	
41. CRM (Nº Registro do Conselho)*		44. E-mail do profissional solicitante	
42. Data do Preenchimento			
UF/CRM: / /			
PARA PREENCHIMENTO PELO LOCAL DE COLETA			
46. Nome de Instituição Coletora (Carimbo Padrão)*		47. Data da coleta*	48. Hora da Coleta*
		/ /	:
49. Coleta simultânea de amostras de carga viral e Genotipagem: coleta de amostra de carga viral na mesma data? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
PARA PREENCHIMENTO PELO LABORATÓRIO EXECUTOR DO EXAME			
50. Nome de Instituição Executora (Carimbo Padrão)		51. Identificador da Amostra	52. Data do recebimento
		/ /	:
		53. Hora do recebimento	:

www.aids.gov.br/sisgeno - Versão 5 (29/12/2017)

*Preenchimento Obrigatório; ¹ Critérios para indicação de genotipagem: Falha virológica confirmada em coleta consecutiva de carga viral após intervalo de 4 semanas; penúltima carga viral detectável e última carga viral superior a 500 cópias/mL; e TARV há pelo menos 6 meses. ² TV – Transmissão Vertical. ³ TARV – Terapia Antirretroviral, ⁴ FT – Falha Terapêutica, ⁵ INT – Intolerância



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



ESTADO
DE GOIÁS

BIOLOGIA MOLECULAR

SEMOL-ANEXO 2 - LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE BPA-I
QUANTIFICAÇÃO DE ÁCIDO NUCLÉICO - CARGA VIRAL DO HIV

		Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		Laudo Médico para Emissão de BPA-I Quantificação de Ácido Nucléico – Carga viral do HIV		Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais Sistema de Controle de Exames Laboratoriais - SISCEL	
DADOS DA SOLICITAÇÃO									
Primeira Carga Viral?		1. Instituição solicitante (carimbo padrão)				2. CNPJ			
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>									
INFORMAÇÕES BÁSICAS									
Nome completo do usuário						5. Identificação do usuário nos relatórios			
3. Oficial:						<input type="checkbox"/> 1-Oficial 2-Social			
4. Social:									
6. Data de Nascimento			7. Sexo		8. País				
/ /			<input type="checkbox"/> 1-Masculino <input type="checkbox"/> 2-Feminino						
9. Cidade de nascimento					10. UF		11. Raça/Cor		
							<input type="checkbox"/> 1-branca 2-preta 3-amarela 4-parda 5-indígena - Etnia: _____ 6-não informado 7-ignorada		
12. Número de Identidade			13. CPF			14. Escolaridade			
						<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 / 9. ignorado			
15. Número SISCEL		16. Cartão Nacional de Saúde - CNS		17. Gestante		18. Telefone do Paciente		19. Prontuário	
-				<input type="checkbox"/> S-Sim - N-Não		() -			
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			27. UF		28. Cód. IBGE Município
29. Código do Procedimento			30. Nome do Procedimento						
02.02.03.107-1			Quantificação do RNA HIV-1						
31. Motivo pelo qual o exame está sendo solicitado									
Avaliar indicação do tratamento <input type="checkbox"/>			Falha ou troca terapêutica <input type="checkbox"/>			Auxiliar no diagnóstico de criança exposta <input type="checkbox"/>			
Monitorar o tratamento <input type="checkbox"/>			Indicação para Genotipagem <input type="checkbox"/>			Rastreamento do HIV <input type="checkbox"/>			
32. Caso Aids?		33. No momento apresenta sintomas?		34. Uso regular de antirretroviral?		35. Data início 1º antirretroviral		36. Diagnóstico sorológico da infecção pelo HIV (mês/ano)	
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		/ /		/ / IGN <input type="checkbox"/>	
JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO / SOLICITAÇÃO									
37. Diagnóstico					38. CID 10			43. CRM (Nº Registro do Conselho)	
								UF/CRM: /	
39. Nome do Profissional Solicitante					40. Data da Solicitação			Assinatura e Carimbo	
					/ /				
41. Documento			42. Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante						
CNS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/>									
LOCAL DE COLETA DA AMOSTRA									
44. Nome de instituição (Carimbo Padrão)					45. Data da coleta			46. Hora da Coleta	
					/ /				
LABORATÓRIO EXECUTOR DO TESTE									
47. Nome de instituição (Carimbo Padrão)					48. CNES		49. Data do recebimento		50. Hora
							/ /		
Carga Viral	51. N° Solicitação exame		52. Identificador da amostra		53. Responsável			54. Data do resultado	
								/ /	
	55. Condições de chegada da amostra								
	<input type="checkbox"/> 1-Amostra adequada / 2 - Amostra hemolisada / 3-Amostra em frasco inadequado / 4-Amostra mal identificada 5-Amostra mal acondicionada / 6-Amostra lipêmica / 7-Outros								
57. Quantidade de cópias			58. Log		59. Volume da Amostra		60. Técnica utilizada		

www.aids.gov.br/siscel



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



ESTADO
DE GOIÁS

BIOLOGIA MOLECULAR

SEMOL-ANEXO 3 - FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE EXAME DE QUANTIFICAÇÃO DE HBV



Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais

Formulário de solicitação
Carga Viral do Vírus da Hepatite B

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"/>			<input type="checkbox"/> 1-Oficial <input type="checkbox"/> 2-Social
4. Data de nascimento*		6. Social <input type="checkbox"/>			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	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 1ªs 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 5. Não se aplica		<input type="checkbox"/> 1. Confirmação do diagnóstico 2. Avaliar indicação de tratamento 3. Monitorar tratamento 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*
	/ /				
56. Material biológico*		57. Volume da amostra	58. Nº de cópias	59. Log	60. Técnica*

* Preenchimento obrigatório.



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



ESTADO
DE GOIÁS

BIOLOGIA MOLECULAR

SEMOL-ANEXO 4 – FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE CARGA VIRAL DO VÍRUS DA HEPATITE C



Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais

Formulário de solicitação
Carga Viral do Vírus da Hepatite C

DADOS DA INSTITUIÇÃO					
1. Instituição solicitante (carimbo padrão) *					2. CNES*
INFORMAÇÕES BÁSICAS					
3. CNS do paciente		Nome completo do usuário*			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. Prontoário	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 responsável (se o paciente for menor de idade ou incapaz)					29. CPF do responsável
30. Código do procedimento			31. Nome do procedimento		
02.02.03.108-0			Quantificação de RNA do vírus da hepatite C		
DADOS CLÍNICOS GERAIS/DETALHES DO AGRAVO					
32. Data 1 ^ª s sintomas		33. Idade gestacional		34. Motivo do exame*	
/ /		<input type="checkbox"/> 1. 1 ^º trim. / 2. 2 ^º trim. 3. 3 ^º trim. / 4. Ignorado 5. Não se aplica		<input type="checkbox"/> 1. Confirmação do diagnóstico 2. Avaliar indicação de tratamento 3. Monitorar tratamento 4. Avaliação pós-tratamento (RVS) 5. Gestante portadora de hepatite C 6. Invest. de transm. vertical	
35. Estágio da doença (CID)		36. Data do diagnóstico		37. Tratamento	
<input type="checkbox"/> 1. Hepatite C aguda (B17.1) <input type="checkbox"/> 2. Hepatite C crônica (B18.2)		/ /		<input type="checkbox"/> Alfapeginterferona (PEG-IFN) <input type="checkbox"/> Boceprevir <input type="checkbox"/> Telaprevir <input type="checkbox"/> Sofosbuvir <input type="checkbox"/> Simeprevir <input type="checkbox"/> Daclatasvir <input type="checkbox"/> Ombitasvir/Veruprevir/Ritonavir+Dasabuvir	
38. Início da terapia		39. Comorbidade (CID)			
/ /		<input type="checkbox"/> 1. Hepatite B (B18.1) 2. Carcinoma de células hepáticas (C22) 3. HIV/Aids (B20-B24) 4. Fígado transplantado (Z94.4)			
40. Biópsia hepática		41. APRI		42. FIB-4	
<input type="checkbox"/> 1. FO 2. F1 3. F2 4. F3 5. F4		_____		_____	
44. Sinais clínicos ou outras evidências					
45. Nome do profissional solicitante*			46. Registro do conselho profissional*		47. Assinatura e Carimbo*
			Conselho/UF/Nº:		
			_____ / _____ / _____		
48. Data da solicitação*		49. CPF do profissional*			
/ /					
LOCAL DA COLETA DA AMOSTRA					
50. Nome da instituição*				51. Data da coleta*	
				/ /	
52. Hora da coleta*					
:					
LABORATÓRIO EXECUTOR DO TESTE					
53. Nome da instituição*			54. CNES*		55. Data do recebimento*
					/ /
56. Hora do recebimento*					
:					
Carga Viral	57. Solicitação do exame*		58. Identificador da amostra*		59. Responsável*
	/ /				
	60. Data do resultado*		/ /		
61. Material biológico*		62. Volume da amostra		63. Nº de cópias	64. Log
					65. Técnica



SEMOL-ANEXO 5 - FICHA DE NOTIFICAÇÃO PARA EPIZOOTIA

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO EPIZOOTIA

Nº

Definição do caso: Animal ou grupo de animais encontrados doentes e/ou mortos, incluindo ossadas, sem causa definida, que podem preceder a ocorrência de doenças em humanos

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação	2- Individual				
	2	Agravo/doença	EPIZOOTIA				
	3	Data da Notificação					
	4	UF	5	Município de Notificação	6	Código (IBGE)	
Dados de Ocorrência	7	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	8	Código	9	Data do início da epizootia	
	10	UF	11	Município de Ocorrência	12	Código (IBGE)	
	13	Bairro	14	Logradouro (rua, avenida, ...)	15	Código	
	16	Número	17	Complemento (apto., casa, ...)	18	Geocampo 1	
	19	Geocampo 2	20	Ponto de Referência	21	CEP	
	22	(DDD) Telefone	23	Zona	24	25	26
	27	1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	28	1-Domicílio 2-Parque, praça ou zoológico 3-Área silvestre 4-Reserva ecológica 5-Outro	29	30	31
	32	Houve coleta de material para exame laboratorial	33	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	34	35	36
	37	Se houve coleta, qual material	38	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	39	40	41
	42	figado rim baço cérebro coração fezes soro sangue total	43	Qual	44	45	46
	47	Animais acometidos	48	1-Ave 3-Canino 5-Felino 7-Primata não humano 9-Outros. 2-Bovídeo 4-Equídeo 6-Morcego 8-Canídeo selvagem Especificar	49	50	51
	52	Suspeita diagnóstica	53	4-Encefalite Espongiforme Bovina 5-Febre Amarela 6-Influenza Aviária 7-Outro. Especificar:	54	55	56
57	1-Raiva 2-Encefalite Equina 3-Febre do Vírus do Nilo Ocidental	58	1ª suspeita diagnóstica 2ª suspeita diagnóstica 3ª suspeita diagnóstica	59	60	61	
62	Resultado laboratorial	63	1-Positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 9-Ignorado	64	65	66	
67	Raiva Encefalite equina Febre do Nilo	68	Encenfalite espongiforme bovina Febre amarela Influenza aviária	69	70	71	

Observações:

Investigador	Município/Unidade de Saúde	Código da Unid. de Saúde	
	Nome	Função	Assinatura



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



ESTADO
DE GOIÁS

BIOLOGIA MOLECULAR

SEMOL-ANEXO 6 - FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO GENOTIPAGEM DO VÍRUS
DA HEPATITE C

		Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais		Formulário de Solicitação Genotipagem do Vírus da Hepatite C			
1. Nome da Instituição solicitante (carimbo padrão)*			2. CNPJ		3. Cartão Nacional de Saúde – CNS*		
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
Nome*			6. Identificação do usuário nos relatórios		7. Data de Nascimento*		8. Sexo*
4. Oficial:			<input type="checkbox"/> 1-Oficial <input type="checkbox"/> 2-Social		/ /		<input type="checkbox"/> 1-Masculino <input type="checkbox"/> 2-Feminino
5. Social:							
9. Nacionalidade		10. Cidade de nascimento*		11. UF*	12. Raça/Cor		
					<input type="checkbox"/> 1-branca 2-preta 3-amarela 4-parda 5-indígena - Etnia: _____ 6-não informado 7-ignorada		
13. Número de Identidade			14. CPF		15. Escolaridade		
					<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 / 9. ignorado		
16. Número GAL			17. Gestante*		18. Telefone do Paciente		19. Prontuário
			<input type="checkbox"/> S-Sim - N-Não		() -		
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*			27. UF*	28. Cód. IBGE Município
DADOS DA SOLICITAÇÃO DO EXAME							
29. Código do procedimento			30. Nome do procedimento				
0202030210			Genotipagem de Vírus da Hepatite C				
DADOS CLÍNICOS							
31. Última quantificação do RNA do HCV*			32. Comorbidades				
Data:	UI/mL	Log	<input type="checkbox"/> B18.0/B18.1 – Hepatite B <input type="checkbox"/> C22 – Carcinoma de células hepáticas <input type="checkbox"/> B20-B24 – HIV/Aids <input type="checkbox"/> Z94.4 – Fígado transplantado				
/ /							
33. Comprometimento hepático							
<input type="checkbox"/> Biópsia Hepática	F0 <input type="checkbox"/> F1 <input type="checkbox"/> F2 <input type="checkbox"/> F3 <input type="checkbox"/> F4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Elastografia hepática	_____ kPa				
<input type="checkbox"/> APRI/FIB4	_____ / _____	<input type="checkbox"/> Cirrose					
DADOS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE							
34. CID 10	35. Nome do Profissional Solicitante*			36. Documento do Profissional Solicitante*		37. Assinatura e Carimbo do Profissional Solicitante*	
B18.2							
38. CRM (Nº Registro do Conselho)*		39. Data do Preenchimento		CPF:			
UF/CRM: / /		/ / /		CNS:			
PARA PREENCHIMENTO PELO LOCAL DE COLETA							
40. Nome de instituição (Carimbo Padrão)*				41. Data da coleta*		42. Hora da Coleta*	
				/ /		:	
PARA PREENCHIMENTO PELO LABORATÓRIO EXECUTOR DO EXAME							
43. Nome de instituição (Carimbo Padrão)*			44. CNES*		45. Data do recebimento*		46. Hora do recebimento*
					/ /		:
47. Genótipo			48. Subtipo		49. Metodologia utilizada		



SEMOL-ANEXO 7 – FICHA DE NOTIFICAÇÃO PARA FEBRE AMARELA

República Federativa do Brasil
Ministério da SaúdeSINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE FEBRE AMARELA

Nº

CASO SUSPEITO: Indivíduo com quadro febril aguda (até 7 dias), de início súbito, acompanhado de icterícia e/ou manifestações hemorrágicas, residente ou procedente de área de risco para febre amarela ou de locais com ocorrência de epizootias em primatas não humanos ou isolamento de vírus em vetores, nos últimos 15 dias, não vacinados contra febre amarela ou com estado vacinal ignorado.

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual				
	2	Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação			
	FEBRE AMARELA		A 9 5.9					
	4	UF	5	Município de Notificação	Código (IBGE)			
Notificação Individual	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7	Data dos Primeiros Sintomas		
	8	Nome do Paciente			9	Data de Nascimento		
	10	(ou) Idade	11	Sexo	12	Gestante	13	Raça/Cor
	14	Escolaridade						
Dados de Residência	15	Número do Cartão SUS		16	Nome da mãe			
	17	UF	18	Município de Residência	Código (IBGE)	19	Distrito	
	20	Bairro		21	Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
	22	Número		23	Complemento (apto., casa, ...)		24	Geo campo 1
	25	Geo campo 2		26	Ponto de Referência		27	CEP
	28	(DDD) Telefone		29	Zona		30	Pais (se residente fora do Brasil)
					1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado			
Dados Complementares do Caso								
Ocupação	31	Data da Investigação		32	Ocupação			
	Antecedentes Epidemiológicos	33 Informar os dados da investigação entomológica (mosquitos) e de epizootias						
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		<input type="checkbox"/> Ocorrência de Epizootias (Mortandade de macacos: conhecidos como guariba, bugio, saguis, micos, macaco aranha, macaco prego, guigó, soim, etc.) <input type="checkbox"/> Isolamento de vírus em mosquitos <input type="checkbox"/> Presença de mosquito <i>Aedes aegypti</i> em área urbana (Observar período de viremia do paciente)						
34		Vacinado Contra Febre Amarela		35	Caso Afirmativo, Data		36	UF
Dados Clínicos	37	Município		Código (IBGE)	38	Unidade de Saúde		Código
	39	Sinais e Sintomas		<input type="checkbox"/> Dor abdominal <input type="checkbox"/> Sinal de Faget (temperatura alta e frequência cardíaca lenta) <input type="checkbox"/> Sinais hemorrágicos (hematêmese, melena, epistaxe, gengivorragia, etc.) <input type="checkbox"/> Distúrbios de excreção renal (oligúria e/ou anúria)				
Atendimento	40	Ocorreu Hospitalização?		41	Data da Internação		42	UF
	43	Município		Código (IBGE)	44	Unidade de Saúde		Código
Dados do Laboratório	45 Exames Inespecíficos (anotar o maior valor encontrado, independente da data de coleta)							
	Bilirrubina Total _____ mg/dl		AST (TGO) _____ UI					
Bilirrubina Direta _____ mg/dl		ALT (TGP) _____ UI						



SEMOL-ANEXO 8 – FICHA DE NOTIFICAÇÃO PARA DENGUE/CHIKUNGUNYA

SINAN

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DENGUE E FEBRE DE CHIKUNGUNYA

Nº

Caso suspeito de dengue: pessoa que viva ou tenha viajado nos últimos 14 dias para área onde esteja ocorrendo transmissão de dengue ou tenha presença de *Ae. aegypti* que apresente febre, usualmente entre 2 e 7 dias, e apresente duas ou mais das seguintes manifestações: náuseas, vômitos, exantema, mialgias, cefaléia, dor retroorbital, petéquias ou prova do laço positiva e leucopenia.

Caso suspeito de Chikungunya: febre de início súbito e artralgia ou artrite intensa com início agudo, não explicado por outras condições, que resida ou tenha viajado para áreas endêmicas ou epidêmicas até 14 dias antes do início dos sintomas, ou que tenha vínculo epidemiológico com um caso importado confirmado.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		2 Agravado/doença 1- DENGUE 2- CHIKUNGUNYA		Código (CID10) A 90 A 92	3 Data da Notificação		
	4 UF	5 Município de Notificação			Código (IBGE)			
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)			Código	7 Data dos Primeiros Sintomas			
Notificação Individual	8 Nome do Paciente					9 Data de Nascimento		
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado		12 Gestante 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado		13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado	
	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica							
15 Número do Cartão SUS			16 Nome da mãe					
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência		Código (IBGE)	19 Distrito			
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)			Código		
	22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)			24 Geo campo 1		
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência			27 CEP		
	28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		30 País (se residente fora do Brasil)			
Dados clínicos e laboratoriais								
Inv.	31 Data da Investigação			32 Ocupação				
	33 Sinais clínicos 1-Sim 2- Não <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Cefaleia <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Dor nas costas <input type="checkbox"/> Artrite <input type="checkbox"/> Petéquias <input type="checkbox"/> Prova do laço positiva <input type="checkbox"/> Mialgia <input type="checkbox"/> Exantema <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Conjuntivite <input type="checkbox"/> Artralgia intensa <input type="checkbox"/> Leucopenia <input type="checkbox"/> Dor retroorbital							
Dados clínicos	34 Doenças pré-existentis 1-Sim 2- Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hepatopatias <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial <input type="checkbox"/> Doenças auto-imunes <input type="checkbox"/> Doenças hematológicas <input type="checkbox"/> Doença renal crônica <input type="checkbox"/> Doença ácido-péptica							
	Dados laboratoriais	35 Sorologia (IgM) Chikungunya Data da Coleta da 1ª Amostra (S1)		36 Data da Coleta da 2ª Amostra (S2)		37 Exame PRNT Data da Coleta		38 Resultado S1 <input type="checkbox"/> S2 <input type="checkbox"/> PRNT <input type="checkbox"/> 1 - Reagente 2 - Não Reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado
39 Sorologia (IgM) Dengue Data da Coleta		40 Resultado 1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4 - Não realizado		41 Exame NS1 Data da Coleta		42 Resultado 1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4 - Não realizado		
43 Isolamento Data da Coleta		44 Resultado 1 - Positivo 2 - Negativo - Inconclusivo 4 - Não Realizado		45 RT-PCR Data da Coleta		46 Resultado 1 - Positivo 2 - Negativo - Inconclusivo 4 - Não Realizado		
47 Sorotipo 1- DENV 1 2- DENV 2 3- DENV 3 4- DENV 4		48 Histopatologia 1- Compatível 2-Incompatível 3- Inconclusivo 4 - Não realizado		49 Imunohistoquímica 1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4 - Não realizado				



SEMOL-ANEXO 8 - Continuação...

Hospitalização	50 Ocorreu Hospitalização? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	51 Data da Internação	52 UF	53 Município do Hospital	Código (IBGE)
	54 Nome do Hospital	Código	55 (DDD) Telefone		

Conclusão	Local Provável de Infecção (no período de 15 dias)				
	56 O caso é autóctone do município de residência? 1-Sim 2-Não 3-Indeterminado <input type="checkbox"/>	57 UF	58 País		
	59 Município	Código (IBGE)	60 Distrito	61 Bairro	
	62 Classificação 5- Descartado 10- Dengue 11- Dengue com Sinais de Alarme 12- Dengue Grave 13- Chikungunya <input type="checkbox"/>	63 Critério de Confirmação/Descarte 1 - Laboratório 2 - Clínico-Epidemiológico 3-Em investigação <input type="checkbox"/>		64 Apresentação clínica 1- Aguda 2- Crônica <input type="checkbox"/>	
65 Evolução do Caso <input type="checkbox"/> 1-Cura 2- Óbito pelo agravado 3- Óbito por outras causas 4-Óbito em investigação 9-Ignorado	66 Data do Óbito		67 Data do Encerramento		

Preencher os sinais clínicos para Dengue com Sinais de Alarme e Dengue Grave

Dados Clínicos - Dengue com Sinais de Alarme e Dengue Grave	68 Dengue com sinais de alarme <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Vômitos persistentes	<input type="checkbox"/> Aumento progressivo do hematócrito	69 Data de início dos sinais de alarme:
	1-Sim 2- Não 9-Ignorado	<input type="checkbox"/> Dor abdominal intensa e contínua	<input type="checkbox"/> Hepatomegalia >= 2cm	
	<input type="checkbox"/> Hipotensão postural e/ou lipotímia	<input type="checkbox"/> Letargia ou irritabilidade	<input type="checkbox"/> Acúmulo de líquidos	
	<input type="checkbox"/> Queda abrupta de plaquetas	<input type="checkbox"/> Sangramento de mucosa/outras	<input type="checkbox"/> Hemorragias	
70 Dengue grave 1-Sim 2- Não 9-Ignorado	Sangramento grave:			
Extravasamento grave de plasma:	<input type="checkbox"/> Hematêmese	<input type="checkbox"/> Metrorragia volumosa		
<input type="checkbox"/> Pulso débil ou indetectável	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Melena	<input type="checkbox"/> Sangramento do SNC	
<input type="checkbox"/> PA convergente <= 20 mmHg	<input type="checkbox"/> Extremidades frias	Comprometimento grave de órgãos:		
<input type="checkbox"/> Tempo de enchimento capilar	<input type="checkbox"/> Hipotensão arterial em fase tardia	<input type="checkbox"/> AST/ALT > 1.000	<input type="checkbox"/> Miocardite	<input type="checkbox"/> Alteração da consciência
<input type="checkbox"/> Acúmulo de líquidos com insuficiência respiratória		<input type="checkbox"/> Outros órgãos, especificar:		
71 Data de início dos sinais de gravidade:				

Informações complementares e observações

Observações Adicionais

Investigador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde		
	Nome	Função	Assinatura	



SEMOL-ANEXO 9 - FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE CONCLUSÃO

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO/CONCLUSÃO

Nº

Form with sections: Dados Gerais (1-7), Notificação Individual (8-16), Dados de Residência (17-30), Conclusão (31-43), and Observações complementares e observações (44-48). Includes fields for patient info, residence, and investigation details.



SEMOL-ANEXO 10 – FICHA DE NOTIFICAÇÃO PARA SRAG

República Federativa do Brasil
Ministério da SaúdeSINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Nº

FICHA DE REGISTRO INDIVIDUAL - DESTINADA PARA UNIDADES COM INTERNAÇÃO

SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG) - INTERNADA OU ÓBITO POR SRAG CID - J11

VIGILÂNCIA DE INFLUENZA POR MEIO DE SRAG-INTERNADA OU ÓBITO POR SRAG:
indivíduo de qualquer idade, INTERNADO com SÍNDROME GRIPAL¹ e que apresente Dispneia OU Saturação de O₂ <95% OU Desconforto Respiratório. Deve ser registrado o óbito por SRAG independente de internação.

DADOS DA UNIDADE DE SAÚDE, DO INDIVÍDUO E DE SUA RESIDÊNCIA

1. Data do preenchimento	2. UF	3. Município de registro do caso	Código (IBGE)
4. Unidade de Saúde de identificação do caso (hospital, PS, UPA, policlínica)	Código (CNES)	5. Data dos Primeiros Sintomas	
6. Nome		7. Número do Cartão SUS	
8. Data de Nascimento	9. (ou) Idade	10. Sexo	11. Gestante
	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	1. 1º Trimestre 2. 2º Trimestre 3. 3º Trimestre 4. Idade Gestacional Ignorada 5. Não 6. Não se aplica 9. Ignorado
12. Raça/Cor	13. Escolaridade	14. Nome da Mãe	
1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado	0. Analfabeto 1. Fundamental (1-9 anos) 2. Médio (1-3 anos) 3. Superior 9. Ignorado		
15. UF	16. Município de Residência	Código (IBGE)	17. Distrito
18. Bairro		19. Logradouro (rua, avenida,...)	
20. Número		21. Complemento (edifício, apartamento, casa, ...)	
22. Ponto de Referência			23. CEP
24. (DDD) Telefone	25. Zona	26. País (se residente fora do Brasil)	
	1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		

ANTECEDENTES E HISTÓRICO DA INTERNAÇÃO OU DO ÓBITO

27. Recebeu Vacina contra Gripe nos últimos 12 meses?	28. Se sim, data da última dose			
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				
29. Principais sinais e sintomas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				
<input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Mialgia <input type="checkbox"/> Saturação de O ₂ < 95% <input type="checkbox"/> Desconforto respiratório <input type="checkbox"/> Outros sinais e sintomas importantes: _____				
30. Fatores de Risco 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				
<input type="checkbox"/> Pneumopatias Crônicas <input type="checkbox"/> Doença Cardiovascular Crônica <input type="checkbox"/> Imunodeficiência/Imunodepressão <input type="checkbox"/> Doença Hepática Crônica <input type="checkbox"/> Doença Neurológica Crônica <input type="checkbox"/> Doença Renal Crônica <input type="checkbox"/> Síndrome de Down <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus <input type="checkbox"/> Puerpério (até 42 dias do parto) <input type="checkbox"/> Obesidade. Se sim, especifique: IMC = _____ <input type="checkbox"/> Outros fatores de risco relacionados com a SRAG: _____				
31. Uso de antiviral?	32. Data de início do tratamento			
1 - Não usou 2 - Oseltamivir 3 - Zanamivir 4 - Outro, especifique: _____ 9. Ignorado				
33. Ocorreu internação?	34. Data da internação	35. UF	36. Município da unidade de internação	Código (IBGE)
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				
37. Nome da unidade de saúde da internação (Hospital, Pronto-Socorro, UPA, Policlínica)				Código (CNES)
38. Raio X de Tórax (registrar preferencialmente o mais sugestivo para o diagnóstico de SRAG)				39. Data do Raio X
1. Normal 2. Infiltrado intersticial 3. Consolidação 4. Misto 5. Outro: _____ 6. Não realizado 9. Ignorado				
40. Fez uso de suporte ventilatório?				
1. Não usou 2. Sim, invasivo 3. Sim, não invasivo 9. Ignorado				
41. Foi Internado em Unidade de Terapia Intensiva?		42. Data de entrada na UTI	43. Data de saída na UTI	
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				



SEMOL-ANEXO 10 - Continuação...

(verso)

DADOS LABORATORIAIS

44. Coletou que tipo de amostra?

- 1. Não coletou 2. Secreção de oro e nasofaringe 3. Tecido post-mortem 4. Lavado Bronco-alveolar 5. Outro, especifique: 9- Ignorado

45. Data da Coleta

46. Metodologia realizada: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

Form with checkboxes for IFI, RT-PCR, and other methods, including sub-questions for RT-PCR type and dates.

47. Diagnóstico Etiológico:

1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado

Form for etiologic diagnosis with checkboxes for Influenza A/B, other respiratory agents, and subtypes.

CONCLUSÃO

48. Classificação final da SRAG - Internada ou Óbito por SRAG

- 1. SRAG por Influenza 2. SRAG por outros vírus respiratórios 3. SRAG por outros agentes etiológicos, especifique: 4. SRAG não especificada

49. Critério de Confirmação

- 1. Laboratorial 2. Clínico-Epidemiológico 3. Clínico

50. Evolução clínica

- 1. Recebeu alta por cura 2. Evoluiu para óbito 9. Ignorado

51. Data da alta ou óbito

52. Data do Encerramento

ORIENTAÇÕES SOBRE A VIGILÂNCIA SÍNDROMICA DE INFLUENZA

1. CONCEITO DE SÍNDROME GRIPAL (PROTOCOLO DE TRATAMENTO): -> 6 meses de idade: febre de início súbito, mesmo que referida, acompanhado de tosse ou dor de garganta e pelo menos um dos sintomas: cefaleia, mialgia ou artralgia. -< 6 meses de idade: febre de início súbito mesmo que referida e sintomas respiratórios. Obs.: maiores informações acesse o Protocolo de Tratamento em www.saude.gov.br/svs. -Não aguardar resultado laboratorial para registrar a ficha no Sinan Influenza On-Line. -Lembrar de atualizar a evolução no encerramento da investigação. -No caso de co-infecção, priorizar o resultado de Influenza para a Classificação Final. -A ficha deve ser disponibilizada somente em Unidades Hospitalares ou unidades de saúde com estrutura para internação.

ANOTAÇÕES

Blank lines for notes.

DADOS DO RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO (PARA CONTROLE LOCAL)

Form for responsible person data including UF, Município, Nome da Unidade, Código da Unidade de Saúde, Nome, Função, and Assinatura.



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



ESTADO
DE GOIÁS

BIOLOGIA MOLECULAR

SEMOL-ANEXO 11 - FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE TIPIFICAÇÃO DO ALELO HLA-B*5701

1. Nome da Instituição Solicitante (carimbo padrão)*		2. CNPJ	
		. / -	
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
Nome*		5. Identificação do usuário nos relatórios	6. Data de Nascimento*
3. Oficial:		<input type="checkbox"/> 1-Oficial	/ /
4. Social:		<input type="checkbox"/> 2-Social	<input type="checkbox"/> 1-Masculino
8. País		10. UF*	11. Raça/Cor
9. Cidade de nascimento*			<input type="checkbox"/> 1-branca 2-preta 3-amarela 4-parda
12. Número de Identidade		13. CPF	14. Escolaridade
			<input type="checkbox"/> 1. nenhuma / 2. De 1 a 3 / 3. De 4 a 7 / 4. De 8 a 11
15. Número SISCEL		16. Cartão Nacional de Saúde - CNS*	17. Telefone do Paciente
-			() -
18. Gestante* S-Sim / N-Não		19. Idade Gestacional*	20. Prontuário
		Semanas	
21. Nome do Responsável (se o paciente for menor de idade)*		22. CPF do Responsável (se o paciente for menor de idade)	
		. / -	
23. Nome da mãe*		24. Endereço do paciente	
25. Bairro	26. CEP	27. Cidade de residência do paciente	28. UF
	-		
29. Cód. IBGE Município			
DADOS DA SOLICITAÇÃO DO EXAME			
30. Código do Procedimento		31. Nome do Procedimento	
02.01.02.006-8		COLETA DE SANGUE PARA TIPIFICAÇÃO DO ALELO HLA-B	
DADOS CLÍNICOS			
32. CID 10	33. Paciente exposto a antirretrovirais?*		
B24	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
34. Esquemas antirretrovirais já utilizados e atualmente em uso:*			
Esquemas*:	Início* (ano)	Motivo da Troca	
		FT ¹	INT ²
1º		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2º		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3º		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4º		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5º		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Outros
DADOS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			
35. Nome do Profissional Solicitante*		36. Documento do Profissional Solicitante*	37. Assinatura e Carimbo do Profissional Solicitante*
		CPF:	
38. CRM (Nº Registro do Conselho)*	39. Data do Preenchimento	40. E-mail do profissional solicitante	
UF/CRM: /	/ /		
PARA PREENCHIMENTO PELO LOCAL DE COLETA			
41. Nome de Instituição Coletora (Carimbo Padrão)*		42. Data da coleta*	43. Hora da Coleta*
		/ /	:
PARA PREENCHIMENTO PELO LABORATÓRIO EXECUTOR DO EXAME			
44. Nome de Instituição Executora (Carimbo Padrão)		45. Identificador da Amostra	46. Data do recebimento
			/ /
			:

www.aids.gov.br/sisgeno - Versão 1 (12/03/2018)

*Preenchimento Obrigatório, ¹ FT – Falha Terapêutica, ² INT – Intolerância