


REPUBLICA DE MOÇAMBIQUE MINISTERIO DA SAUDE 	<b>FSR-CV</b> <i>Formulário de solicitação do teste de Carga Viral de HIV</i>
--	--

Nº ordem		Nome do Laboratório de Biologia Molecular	
----------	--	--	--

**1. A preencher pelo posto de colheita:**

<b>Informação sobre o paciente</b>			
Nome e apelido:	Sexo :	Contacto celular do Paciente	
	F ( ) M ( )	Idade _____ (anos)	
NID paciente :	Unidade Sanitária:	Província :	
Data de colheita: ____/____/20____	Nome solicitante :	Contacto celular do Paciente	
Paciente em TARV? Assinale a linha de TARV em uso	1 - AZT/d4T+3TC+NVP/EFV ( )    2- TDF+3TC+EFV ( )		
Há quanto tempo esta em TARV _____ anos	3 - ABC+3TC+NVP/EFV ( )    0 - 2 INTR + LPV/r ( )		
	5- Outros ( ) -----		

**2. A preencher pelo Laboratório**

Amostra recebida por:	Data: ____/____/20__
Amostra processada? Sim ( ) Não ( )	Data de processamento: ____/____/20__
Se não, qual foi o motivo de recusa?	1 - Problemas técnicos no laboratório ( )    2 - Baixa qualidade ( ) 3 - Identificação inadequada ( )    4 - Outras razões: _____
Resultado numerico( )	Resultado logaritmico ( )
Comentário:	
Assinatura do responsável do Laboratório de Referencia:	Data: ____/____/20__

**3. A preencher pelo posto de Colheita e entregar ao paciente/acompanhante      Teste de Carga Viral do HIV**

Nome do Paciente:	Data de colheita: ____/____/20__
Nº de ordem:	Data de volta: ____/____/20__    NID: _____