

REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE MINISTÉRIO DA SAÚDE 	FSR Formulário de solicitação do teste de PCR para ADN de HIV
---	--

Nº ordem	Nº do Laboratório PCR
----------	-----------------------

1. A preencher pelo posto de colheita:

Informação sobre o paciente

Nome e apelido:	Data de Nascimento ____/____/____ Idade _____(em meses)	A criança deve ter idade mínima de 29 dias
-----------------	--	--

Sexo : F () M ()	Unidade Sanitária : Distrito:	Província :
--------------------	----------------------------------	-------------

NID criança : <input type="text"/> /20 <input type="text"/>	Nome de solicitante :
Data de colheita : ____/____/____	

Nome de mãe / cuidador:	Contacto celular de mãe/cuidador:	Consentimento para contacto? Sim() Não()
-------------------------	-----------------------------------	---

Aleitamento materno em curso : Sim () Não () Se sim : aleitamento materno exclusivo() aleitamento materno misto () alimentação complementar () Se não: idade de desmame____ ou nunca amamentou ()

PTV Mãe: (Marcar todos aplicáveis): 1 - dose única de NVP no parto() 2 - AZT durante gravidez() 3 - AZT+3TC no pós-parto() 4 - TARV() 0 - Nenhuma ()

PTV Criança 1-NVP () 2-AZT () 0 -Nenhuma () por____ semanas

PCR : primeira colheita () confirmação da primeira colheita () colheita seguinte () colheita depois de 9 meses de idade () confirmação da colheita depois de 9 meses de idade ()

PCR feito anteriormente: Sim() Não() Se sim, qual foi o resultado? Neg () Pos ()

2. A preencher pelo Laboratório

Amostra recebida por: _____ Data: ____/____/____

Amostra processada? Sim () Não ()	Se não, qual foi o motivo de recusa?
Data de processamento: ____/____/____	1-Problemas técnicos no laboratório () 2- Baixa qualidade () 3 - Idade menor de 29 dias () 4-Identificação inadequada () 5- Outras razões: _____

Resultado: POSITIVO () NEGATIVO () INDETERMINADO ()

Comentário:

Assinatura do responsável do Laboratório de Referência:	Data: ____/____/____
---	----------------------

Departamento de Imunologia , Instituto Nacional de Saúde, Recinto do HCM -Tel/Fax: 21-309317, Maputo
 Laboratório de Retrovirologia Molecular de Nampula, Avenida Samora Machel Hospital Central de Nampula Telefax: 26218619
 Laboratório de Biologia Molecular da Beira, Av. Eduardo Mondlane; Centro de Saúde da Ponta Gêa; cell:842769199
 Laboratório de Biologia Molecular de Quelimane, Av. Samora Machel 98; HPQuelimane; cell: 825112978 ou 822276450

3. A preencher pelo posto de Colheita e entregar à mãe/cuidador

Nome da Criança:	Data de colheita: ____/____/20____
Nº de ordem:	Data de volta: ____/____/20____

