



LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE APAC
CONTAGEM DE LINFÓCITOS T CD4+ / CD8+

1 - INSTITUIÇÃO SOLICITANTE (CARIMBO PADRÃO):

**AMBULATÓRIO MUNICIPAL
DE DST / AIDS**

AMDA

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
134996 - SUS

2 - CNPJ:

5 | 1 | 8 | 8 | 5 | 2 | 4 | 2 | 0 | 0 | 0 | 1 | 4 | 0

Nº CARTÃO SUS:

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME:

4 - DATA DE NASCIMENTO:

5 - CIDADE DE NASCIMENTO:

6 - UF:

7 - SEXO:

MASCULINO

FEMININO

8 - R.G.:

9 - CPF:

10 - NOME DA MÃE:

11 - ENDEREÇO DO PACIENTE:

12 - TELEFONE DO PACIENTE:

13 - CIDADE DE RESIDÊNCIA DO PACIENTE:

14 - UF:

15 - CEP:

DADOS DA SOLICITAÇÃO

16 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

17 - NOME DO PROCEDIMENTO:

1 | 1 | 0 | 7 | 3 | 0 | 4 | - | 7 | **CONTAGEM DE LINFÓCITOS T CD4+ / CD8+**

18 - MOTIVO PELO QUAL O EXAME ESTÁ SENDO SOLICITADO :

AVALIAR INDICAÇÃO DE TRATAMENTO

MONITORAR O TRATAMENTO

FALHA OU TROCA TERAPÊUTICA

19 - CASO AIDS?

SIM

NÃO

20 - NO MOMENTO APRESENTA SINTOMAS?

SIM

NÃO

21 - USO REGULAR ANTI - RETROVIRAL?

SIM

NÃO

22 - DATA INÍCIO 1º ANTI - RETROVIRAL:

JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO

23 - DIAGNÓSTICO:

SÍNDROME IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA

24 - CID 10:

B 20

25 - CPF DO MÉDICO:

26 - NOME DO MÉDICO:

27 - DATA DO PREENCHIMENTO:

28 - CRM DO MÉDICO:
UF / CRM:

29 - CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO:

LOCAL DE COLETA DA AMOSTRA

30 - NOME DA INSTITUIÇÃO (CARIMBO PADRÃO):

AMDA

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
134996 - SUS

31 - DATA DA COLETA:

32 - HORA COLETA:

LABORATÓRIO EXECUTOR DO EXAME

33 - NOME DA INSTITUIÇÃO (CARIMBO PADRÃO):

34 - DATA DO RECEBIMENTO:

35 - HORA:

36 - Nº SOLICITAÇÃO EXAME:

37 - IDENTIFICAÇÃO DA AMOSTRA:

38 - RESPONSÁVEL:

39 - DATA DO RESULTADO:

40 - CONDIÇÕES DE CHEGADA DA AMOSTRA:

1 - AMOSTRA ADEQUADA

2 - AMOSTRA HEMOLISADA

3 - AMOSTRA EM FRASCO INADEQUADO

4 - AMOSTRA MAL CENTIFICADA

5 - AMOSTRA MAL ACONDICIONADA

6 - AMOSTRA LIPÊMICA

7 - OUTROS:

41 - CD4 (VALOR ABSOLUTO):

42 - CDB (VALOR ABSOLUTO):

43 - MÉDIA CD3 (VALOR ABSOLUTO):

44 - LINFÓCITOS (VALOR ABSOLUTO):