



Secretaria de Estado da Saúde
Coordenadoria de Controle de Doenças
Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac"
Divisão de Hepatites Virais

**SOLICITAÇÃO DE CARGA VIRAL DA HEPATITE C
PARA PACIENTES EM TRATAMENTO COM INIBIDOR DE PROTEASE (IP)**

1. - Instituição Solicitante:

Nome da unidade: _____

Telefone: (____) _____ E mail: _____

2. - Dados do Paciente:

Nome: _____

Sexo: Feminino () Masculino () Data de Nascimento: ____/____/____

CNS: _____ CPF: _____

Nome da Mãe: _____

Endereço Completo: _____

Município: _____ UF: _____ CEP: _____

3. - Fase do tratamento: TELAPREVIR () BOCEPREVIR ()

	Semana	Semana	Semana	Semana	Semana	Semana	6 meses após
Início	4	8	12	16	24	48	término
()	()	()	()	()	()	()	()

4. - Exame solicitado: PCR QUANTITATIVO HCV – CARGA VIRAL DA HEPATITE C

5. - Local de coleta da amostra:

Nome da unidade: _____

Data da coleta da amostra: ____/____/____ Hora: _____

Responsável: _____

6. - Assinatura e Carimbo do Médico Solicitante