



**FICHA DE SOLICITAÇÃO DE RESISTÊNCIA AOS ANTIVIRAIS E
GENOTIPAGEM DO VÍRUS DA HEPATITE B**

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE SOLICITANTE		
UNIDADE SOLICITANTE		
DADOS DO PACIENTE		
NOME DO PACIENTE		
TELEFONE FIXO	TELEFONE CELULAR	
CNS	CPF	
SEXO: <input type="checkbox"/> FEMININO <input type="checkbox"/> MASCULINO	DATA DE NASCIMENTO	
NOME DA MÃE		
ENDEREÇO		
MUNICÍPIO	ESTADO	CEP
EXAME SOLICITADO:		
RESISTÊNCIA AOS ANTIVIRAIS E GENOTIPAGEM DO VÍRUS DA HEPATITE B		
RESULTADO DA ÚLTIMA CARGA VIRAL DO HBV:	DATA DA ÚLTIMA CARGA VIRAL DO HBV	
NOME DO MÉDICO SOLICITANTE	ASSINATURA E CARIMBO DO SOLICITANTE	
DADOS DA COLETA DA AMOSTRA		
LOCAL DA COLETA	CNES	
DATA DA COLETA	HORA DA COLETA	
RESPONSÁVEL PELA COLETA		