



Governo do Estado de Mato Grosso
SES-Secretaria de Estado de Saúde

Secretaria Adjunta de Atenção e Vigilância em Saúde
Laboratório Central de Saúde Pública de Mato Grosso-LACEN/MT

Manual de Coleta, Armazenamento e Transporte de Amostras Biológicas

Biologia Molecular



SES
Secretaria
de Estado
de Saúde



Governo de
Mato
Grosso

 **Lacen**
Laboratório Central de Saúde
Pública do Estado de Mato Grosso





Governo do Estado de Mato Grosso
SES-Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta de Atenção e Vigilância em Saúde
Laboratório Central de Saúde Pública de Mato Grosso-LACEN/MT

MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR		Código: 1.1105 – MAC – 01
Data: 06/11/2025	Revisão: 00	Página: 2/54
ELABORADO/REVISADO POR: Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos	VERIFICADO POR: Klaucia Rodrigues Vasconcelos	APROVADO POR: Elaine Cristina de Oliveira

SUMÁRIO

1. Apresentação	04
2. Sobre o LACEN-MT	05
3. Procedimentos de Biossegurança	06
4. Equipamentos de Proteção Individual- EPIs	07
5. Equipamentos de Proteção Coletiva EPCs	08
6. Lavagem das Mãos	09
7. Limpeza de Bancada de Trabalho	10
8. Descarte de Materiais Contaminados e Perfurocortantes	11
9. Condições Gerais para Coleta, Acondicionamento e Encaminhamento de Amostras Biológicas	13





MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR		Código: 1.1105 – MAC – 01
Data: 06/11/2025	Revisão: 00	Página: 3/54
ELABORADO/REVISADO POR: Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos	VERIFICADO POR: Klaucia Rodrigues Vasconcelos	APROVADO POR: Elaine Cristina de Oliveira

SUMÁRIO



10. Identificação das Amostras Biológicas	16
11. Formas de Identificação dos Tubos	17
12. Acondicionamento e Transporte	18
13. Critérios de Rejeição de Amostras	19
14. Biologia Molecular	
14.1 Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)	27
14.2 Vírus da Hepatite B e C	29
14.3 Dengue, Zika e Chikungunya	30
14.4 Febre Amarela	33
14.5 Vírus respiratórios (COVID-19, Influenza e outros)	39
14.6 Monkeypox (MPOX)	40
14.7 Febre do Mayaro	51
14.8 Febre do Oropoche	58
14.9 Coqueluche	58



Governo do Estado de Mato Grosso
SES-Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta de Atenção e Vigilância em Saúde
Laboratório Central de Saúde Pública de Mato Grosso-LACEN/MT

MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR		Código: 1.1105 – MAC – 01
Data: 06/11/2025	Revisão: 00	Página: 4/54
ELABORADO/REVISADO POR: Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos	VERIFICADO POR: Klaucia Rodrigues Vasconcelos	APROVADO POR: Elaine Cristina de Oliveira

1. APRESENTAÇÃO

Este Manual tem por finalidade orientar e constituir-se em uma fonte de consulta aos seus usuários, visando descrever corretamente o procedimento da coleta, armazenamento e transporte de material biológico dos municípios para o LACEN-MT, além de fornecer informações importantes, que deverão ser observadas para garantir resultados confiáveis.

O LACEN-MT propõe a todas as instituições envolvidas, participar da melhoria contínua em relação às normas de Qualidade e Biossegurança, e garantir a eficiência das ações de Vigilância em Saúde através do comprometimento de todos no que tange à melhoria da qualidade dos serviços prestados à sociedade.

Desta forma, temos o prazer de disponibilizar o presente documento para que todos tenham o conhecimento dos procedimentos e orientações que respaldam as atividades do LACEN-MT desde a coleta até a entrega no Setor de Gerenciamento e Recepção de Amostras.

Dra. Elaine Cristina de Oliveira

Diretora do LACEN-MT





Governo do Estado de Mato Grosso
SES-Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta de Atenção e Vigilância em Saúde
Laboratório Central de Saúde Pública de Mato Grosso-LACEN/MT

MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR		Código: 1.1105 – MAC – 01
Data: 06/11/2025	Revisão: 00	Página: 5/54
ELABORADO/REVISADO POR: Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos	VERIFICADO POR: Klaucia Rodrigues Vasconcelos	APROVADO POR: Elaine Cristina de Oliveira

2. SOBRE O LACEN-MT



MISSÃO

Realizar vigilância laboratorial com qualidade e confiabilidade, coordenando a rede estadual de laboratórios e gerando informações de saúde pública.



VISÃO

Destacar-se no cenário nacional e internacional como Referência Laboratorial em Saúde Pública.



VALORES

- Excelência
- Comprometimento
- Confiabilidade
- Inovação
- Ética
- Imparcialidade

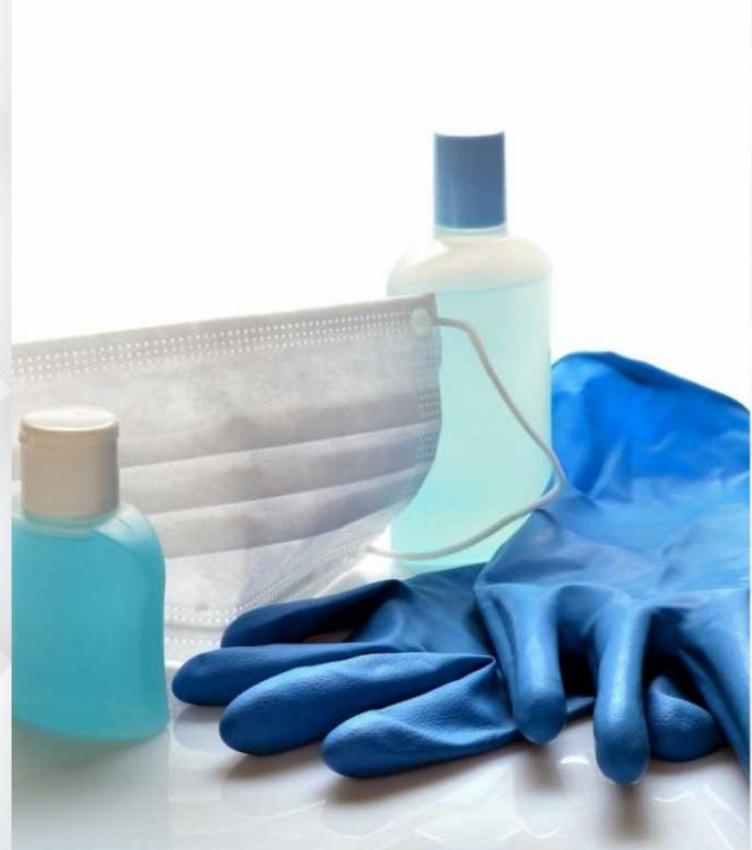


MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR		Código: 1.1105 – MAC – 01
Data: 06/11/2025	Revisão: 00	Página: 6/54
ELABORADO/REVISADO POR: Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos	VERIFICADO POR: Klaucia Rodrigues Vasconcelos	APROVADO POR: Elaine Cristina de Oliveira

3. PROCEDIMENTOS DE BIOSSEGURANÇA

Biossegurança pode ser definida como condição de segurança biológica alcançada por meio da aplicação de princípios, tecnologias e ações destinadas a prevenir, reduzir, controlar ou eliminar riscos inerentes às atividades, exposição não intencional ou disseminação acidental de agentes biológicos e derivados que possam conter riscos à saúde humana, animal, vegetal e ambiental (BRASIL, 2010). As atividades realizadas em laboratório requerem do profissional uma série de cuidados, justificada pelo risco à saúde, em função do manuseio de material biológico potencialmente contaminado, bem como da utilização de vidraria, equipamentos e produtos químicos.

A Biossegurança constitui parte integrante e importante do sistema e das políticas para determinar a qualidade do processo. Durante todo o processo, desde a coleta de material biológico até a análise laboratorial, é imprescindível a adoção de medidas de Biossegurança, de forma a diminuir os riscos envolvidos.





Governo do Estado de Mato Grosso
SES-Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta de Atenção e Vigilância em Saúde
Laboratório Central de Saúde Pública de Mato Grosso-LACEN/MT

MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR			Código: 1.1105 – MAC – 01
Data: 06/11/2025		Revisão: 00	Página: 7/54
ELABORADO/REVISADO POR: Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos	VERIFICADO POR: Klaucia Rodrigues Vasconcelos	APROVADO POR: Elaine Cristina de Oliveira	

4. EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL – EPIS





Governo do Estado de Mato Grosso
SES-Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta de Atenção e Vigilância em Saúde
Laboratório Central de Saúde Pública de Mato Grosso-LACEN/MT

MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR			Código: 1.1105 – MAC – 01
Data: 06/11/2025	Revisão: 00	Página: 8/54	
ELABORADO/REVISADO POR: Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos	VERIFICADO POR: Klaucia Rodrigues Vasconcelos	APROVADO POR: Elaine Cristina de Oliveira	

5. EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO COLETIVA– EPSCS



Exaustor



Cabines de Segurança Biológica



Sinalizadores de Segurança



Chuveiros



Lava Olhos



Extintores de Incêndio



Governo do Estado de Mato Grosso

SES-Secretaria de Estado de Saúde

Secretaria Adjunta de Atenção e Vigilância em Saúde

Laboratório Central de Saúde Pública de Mato Grosso-LACEN/MT

MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR

Código: 1.1105 – MAC – 01

Data: 06/11/2025

Revisão: 00

Página: 9/54

ELABORADO/REVISADO POR:

Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos

VERIFICADO POR:

Klaudia Rodrigues Vasconcelos

APROVADO POR:

Elaine Cristina de Oliveira

6. LAVAGEM DAS MÃOS

01

Deve haver uma pia exclusivamente para lavagem das mãos, e em local estratégico.

02

Lavar as mãos sempre ao iniciar o turno de trabalho; antes e depois do uso de luvas; após a manipulação de material biológico e químico; sempre depois de ir ao banheiro; ao final das atividades e antes de deixar o laboratório.





Governo do Estado de Mato Grosso
SES-Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta de Atenção e Vigilância em Saúde
Laboratório Central de Saúde Pública de Mato Grosso-LACEN/MT

MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR		Código: 1.1105 – MAC – 01
Data: 06/11/2025	Revisão: 00	Página: 10/54
ELABORADO/REVISADO POR: Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos	VERIFICADO POR: Klaudia Rodrigues Vasconcelos	APROVADO POR: Elaine Cristina de Oliveira

7. LIMPEZA DE BANCADA DE TRABALHO



- 01** Embeber algodão ou gazes em solução de álcool etílico a 70° GL e/ou despejar diretamente o líquido sobre a bancada;
- 02** Friccionar o algodão ou gazes em toda a extensão, deixar o produto agir por 10 minutos;
- 03** Repetir o procedimento por mais duas vezes.



Governo do Estado de Mato Grosso

SES-Secretaria de Estado de Saúde

Secretaria Adjunta de Atenção e Vigilância em Saúde

Laboratório Central de Saúde Pública de Mato Grosso-LACEN/MT

MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR		Código: 1.1105 – MAC – 01
Data: 06/11/2025	Revisão: 00	Página: 11/54
ELABORADO/REVISADO POR: Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos	VERIFICADO POR: Klaucia Rodrigues Vasconcelos	APROVADO POR: Elaine Cristina de Oliveira

8. DESCARTE DE MATERIAIS CONTAMINADOS E PERFUROCORTANTES

Todos os resíduos da fase pré-analítica devem obedecer a legislação da ANVISA – RDC 222/2018.

01

Se não houver no município coleta de lixo especial para este tipo de resíduo, este deverá ser autoclavado antes do descarte no lixo comum.

02

Todo resíduo gerado por materiais altamente contaminantes como as culturas, amostras da tuberculose e outros devem ser autoclavados em sacos próprios para autoclave, antes do descarte.

03

Para autoclavação, o saco deve ser preenchido somente até dois terços da sua capacidade.





MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR		Código: 1.1105 – MAC – 01
Data: 06/11/2025		Revisão: 00 Página: 12/54
ELABORADO/REVISADO POR: Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos	VERIFICADO POR: Klaucia Rodrigues Vasconcelos	APROVADO POR: Elaine Cristina de Oliveira

8. DESCARTE DE MATERIAIS CONTAMINADOS E PERFUROCORTANTES

Todos os resíduos da fase pré-analítica devem obedecer a legislação da ANVISA – RDC 222/2018.



As agulhas descartáveis devem ser desprezadas juntamente com as seringas, sendo proibido reencapá-las ou proceder a sua retirada manualmente



Os recipientes devem ser descartados quando o preenchimento atingir 2/3 de sua capacidade ou o nível de preenchimento ficar a 5 (cinco) cm de distância da boca do recipiente, sendo expressamente proibido o seu esvaziamento ou reaproveitamento



O armazenamento temporário, o transporte interno e o armazenamento externo destes resíduos podem ser feitos nos mesmos recipientes utilizados para o **Grupo A**; Papéis, luvas, gaze, algodão e outros, devem ser recolhidos em lixeiras com tampa, de preferência com pedal, contendo saco para lixo específico para material infectante (cor branca leitosa).



MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR		Código: 1.1105 – MAC – 01
Data: 06/11/2025	Revisão: 00	Página: 13/54
ELABORADO/REVISADO POR: Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos	VERIFICADO POR: Klaucia Rodrigues Vasconcelos	APROVADO POR: Elaine Cristina de Oliveira

9. CONDIÇÕES GERAIS PARA COLETA, ACONDICIONAMENTO E ENCAMINHAMENTO DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS



As amostras biológicas devem estar todas cadastradas no Sistema de Gerenciamento de Ambiente Laboratorial (GAL);



É importante que as requisições, pedidos médicos, fichas de notificação (quando aplicável), ficha do GAL e os formulários estejam preenchidos corretamente;



Não pode ter rasuras e a identificação do nome na ficha e tubo exatamente igual ao documento apresentado pelo paciente;



Para cada patologia a ser investigada, encaminhar uma amostra individualizada;



MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR			Código: 1.1105 – MAC – 01
Data: 06/11/2025	VERIFICADO POR: Klaucia Rodrigues Vasconcelos	Revisão: 00	Página: 14/54
ELABORADO/REVISADO POR: Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos	APROVADO POR: Elaine Cristina de Oliveira		

9. CONDIÇÕES GERAIS PARA COLETA, ACONDICIONAMENTO E ENCAMINHAMENTO DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS



As fichas epidemiológicas de investigação e/ou pedidos médicos devem conter a procedência da amostra (unidade e cidade) por extenso, não indicar com siglas ou abreviações;



A ficha epidemiológica de investigação deverá conter todos os agravos para o diagnóstico diferencial da investigação solicitada pelo médico;



Se o cadastro no GAL não estiver de acordo com a ficha, a amostra será descartada no sistema GAL, e desprezada conforme item de descarte;



Ao enviar amostras e/ou placas e tubos contendo culturas biológicas conferir sempre se estão acondicionadas corretamente e bem vedadas.



Governo do Estado de Mato Grosso

SES-Secretaria de Estado de Saúde

Secretaria Adjunta de Atenção e Vigilância em Saúde

Laboratório Central de Saúde Pública de Mato Grosso-LACEN/MT

MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR			Código: 1.1105 – MAC – 01
Data: 06/11/2025		Revisão: 00	Página: 15/54
ELABORADO/REVISADO POR: Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos	VERIFICADO POR: Klaucia Rodrigues Vasconcelos	APROVADO POR: Elaine Cristina de Oliveira	

9. CONDIÇÕES GERAIS PARA COLETA, ACONDICIONAMENTO E ENCAMINHAMENTO DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS



Os formulários deverão ter:

- Letra legível:** Para que não ocorram erros de registros e os laudos cheguem corretamente aos pacientes e unidades requisitantes;
- Identificação da procedência:** Unidade de saúde com todas as informações solicitadas rigorosamente preenchidas.
- Identificação do paciente:** Nome completo sem abreviatura, número do documento de identificação, CPF, número do Cartão do SUS, endereço completo com CEP; data de nascimento, idade e sexo; Nome da mãe completo e sem abreviatura;
- Nome e carimbo do solicitante:** Identificação do solicitante do exame, com devida assinatura, CPF ou Cartão do SUS do médico solicitante, assinatura e carimbo com CRM;



Descrição da amostra coletada: Soro, sangue, papel filtro, líquor (líquido cefalorraquidiano – LCR), medula óssea, lavado brônquico, fezes, urina, secreções, vísceras e outros;

Data de coleta da amostra;

Data dos primeiros sintomas;

Exame(s) solicitado(s): Descrição do(s) exame(s) solicitado(s) deve ser legível e o volume de material enviado deve ser compatível com os mesmos, devendo deixar telefone para contato.



Governo do Estado de Mato Grosso

SES-Secretaria de Estado de Saúde

Secretaria Adjunta de Atenção e Vigilância em Saúde

Laboratório Central de Saúde Pública de Mato Grosso-LACEN/MT

MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR		Código: 1.1105 – MAC – 01
Data: 06/11/2025	Revisão: 00	Página: 16/54
ELABORADO/REVISADO POR: Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos	VERIFICADO POR: Klaudia Rodrigues Vasconcelos	APROVADO POR: Elaine Cristina de Oliveira

10. IDENTIFICAÇÃO DAS AMOSTRAS BIOLÓGICAS

Ao identificar os tubos ou frascos com material biológico, colocar o nome completo do paciente, tipo de amostra biológica, data da coleta da amostra e número da requisição do GAL em etiqueta própria para identificação de tubos.

Obs: Os tubos devem ser dispostos em uma grade na mesma ordem de organização das fichas epidemiológicas de investigação e cadastro no GAL.





MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR		Código: 1.1105 – MAC – 01
Data: 06/11/2025	Revisão: 00	Página: 17/54
ELABORADO/REVISADO POR: Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos	VERIFICADO POR: Klaucia Rodrigues Vasconcelos	APROVADO POR: Elaine Cristina de Oliveira

11. FORMAS DE IDENTIFICAÇÃO DOS TUBOS

Os cuidados com a amostra envolvem também a correta identificação dos tubos. Seguem as formas corretas (figura 1) e incorretas (figura 2) de identificação:

OBS: Os técnicos dos laboratórios precisam visualizar o nível do soro no tubo ou frasco para efetuar uma pipetagem precisa. Isto não é possível quando o tubo está coberto de esparadrapo, este excesso compromete a qualidade do trabalho e sua identificação.





MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR		Código: 1.1105 – MAC – 01
Data: 06/11/2025	Revisão: 00	Página: 18/54
ELABORADO/REVISADO POR: Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos	VERIFICADO POR: Klaucia Rodrigues Vasconcelos	APROVADO POR: Elaine Cristina de Oliveira

12. ACONDICIONAMENTO E TRANSPORTE



- Não encaminhar amostras coletadas com mais de 30 dias, pois serão consideradas inadequadas e serão descartadas.
- A higiene e descontaminação da caixa térmica de transporte deve ser realizada antes e após o término da rotina e quando houver extravasamento de material biológico, a higienização e ou descontaminação deverá ser realizada de pronto. Tais procedimentos devem ser mantidas para garantir a integridade das amostras e segurança do seu portador.
- As fichas epidemiológicas e demais documentos não devem ser colocados dentro da caixa térmica, mas sim em um envelope e dentro de um saco plástico. O mesmo deve ser fixado pelo lado de fora da caixa.
- Sobre a tampa externa da caixa térmica, deve-se colocar um rótulo com o endereço, telefone e nome do remetente das amostras; bem como, o telefone, endereço do destinatário, e o nome da unidade responsável pelo recebimento do material biológico (Lacen-MT).

Modelo de rótulo

DESTINATÁRIO: LACEN-MT
Setor: Recepção de Amostras
Contato: (65) 98432-4442
Rua Santiago, nº 70-Bairro Jardim das Américas- CEP 78060-628, Cuiabá-MT
REMETENTE: Secretaria Municipal de Saúde ou Unidade Hospitalar ou CTA, seguida do nome do remetente, endereço e telefone.



MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR		Código: 1.1105 – MAC – 01
Data: 06/11/2025	Revisão: 00	Página: 19/54
ELABORADO/REVISADO POR: Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos	VERIFICADO POR: Klaucia Rodrigues Vasconcelos	APROVADO POR: Elaine Cristina de Oliveira

13. CRITÉRIOS DE REJEIÇÃO DE AMOSTRAS

- 1 Ficha epidemiológica com dados incompletos ou ilegíveis;
- 2 Amostra biológica enviada sem ficha epidemiológica (GAL e/ou SINAN);
- 3 Amostra biológica enviada sem identificação no recipiente;
- 4 Amostra biológica colhida fora do prazo correto para diagnóstico solicitado e coletadas em tubos inadequados para a metodologia;
- 5 Amostra biológica condicionada inadequadamente (temperatura, recipientes);
- 6 Amostra imprópria para análise (insuficiente, hemolisada, lipêmica extravasada, etc);
- 7 Amostra identificada inadequadamente (rasuras, nome abreviado ou incompleto);
- 8 Etiquetas inadequadas (fita crepe, sem data coleta, nome abreviado);
- 9 Divergência na identificação (no tubo e ficha epidemiológica);
- 10 Temperatura imprópria (fora do protocolo para o agravo solicitado);
- 11 Análise suspensa temporariamente; Amostra enviada sem requerimento, para exame antirrábico ou preenchido inadequadamente;
- 12 Amostras biológicas enviadas sem relatório do GAL, (protocolo de entrega em duas vias).





MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR		Código: 1.1105 – MAC – 01
Data: 06/11/2025	Revisão: 00	Página: 20/54
ELABORADO/REVISADO POR: Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos	VERIFICADO POR: Klaucia Rodrigues Vasconcelos	APROVADO POR: Elaine Cristina de Oliveira



IMPORTANTE

Governo do Estado de Mato Grosso
SES-Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta de Atenção e Vigilância em Saúde
Laboratório Central de Saúde Pública de Mato Grosso-LACEN/MT

PROTÓCOLO DE RECEBIMENTO DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS E TRIATOMÍNEOS		Código: 1.1108 - FOR 01
Procedência _____	Data _____/_____/_____	Revista: 04
Portador (a) _____	Horário/chegada _____	Horário/saída _____
Temperatura interna da caixa: _____ (02 a 08°C)		
<input type="checkbox"/> Amostra biológica 01 - <input type="checkbox"/> Envio realizado corretamente. Registramos a(s) seguinte(s) não conformidade(s) na conferência das amostras biológicas enviadas: 02 - <input type="checkbox"/> Amostra biológica enviada sem ficha epidemiológica (GAL ou SINAN); 03 - <input type="checkbox"/> Amostra biológica enviada sem identificação no recipiente; 04 - <input type="checkbox"/> Amostra biológica enviada fora do prazo estabelecido para despacho solicitado; 05 - <input type="checkbox"/> Amostra com procedimento inadequado (temporária, recipientes); 06 - <input type="checkbox"/> Amostra imprópria para análise (insuficiente, hemolisada, etc.); 07 - <input type="checkbox"/> Amostra identificada inadequadamente (rasturaz, sifata de coleta, nome abreviado incompleto); 08 - <input type="checkbox"/> Amostra biológica enviada sem relatório do GAL (protocolo de entrega em duas vias); 09 - <input type="checkbox"/> Amostra biológica enviada sem cadastro no GAL e sem requisição impressa; 10 - <input type="checkbox"/> Análise suspensa temporaneamente; 11 - <input type="checkbox"/> Amostra não responde ao LACEN-MT; 12 - <input type="checkbox"/> Documento de identificação no tubo e ficha epidemiológica; 13 - <input type="checkbox"/> Ficha epidemiológica com dados incompletos ou incorreto; 14 - <input type="checkbox"/> Ficha epidemiológica enviada sem a respectiva amostra; 15 - <input type="checkbox"/> Temperatura inadequada (fora do protocolo p/ o agravo solicitado); 16 - <input type="checkbox"/> Portador não aguardou conferência e recebimento das amostras; 17 - <input type="checkbox"/> Cadastro incorreto do agravo (Metodologia) 18 - <input type="checkbox"/> Outros: _____ Observação: _____ _____ _____		
Para informações pesquisar em SES MT, Unidades de Saúde, LACEN, Manual de Coleta. R. G. 79 – Centro Político Administrativo, Cuiabá – MT, 78049 - 030 E-mail: geopco@sesmt.mt.gov.br geocen@sesmt.gov.br		
Procedência: _____	Data: _____/_____/_____	Revista: _____/_____/_____
Portador (a) _____	Telefone: _____	Horário/chegada: _____
Horário/saída: _____	Orientação: _____	Coordenada: _____

Lacen

Figura 03 – Protocolo de recebimento de amostra biológica

Governo do Estado de Mato Grosso
SES-Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta de Atenção e Vigilância em Saúde
Laboratório Central de Saúde Pública de Mato Grosso-LACEN/MT

PROTÓCOLO DE RECEBIMENTO DE LÂMINAS PARA CONTROLE DE QUALIDADE		Código: 1.1108 - FOR 02
Procedência _____	Data _____/_____/_____	Revista: 02
Portador (a) _____	Horário/chegada _____	Horário/saída _____
<input type="checkbox"/> Tuberculose <input type="checkbox"/> Hanseníase <input type="checkbox"/> Leishmaniose <input type="checkbox"/> Malária/Chagas <input type="checkbox"/> Culicídeos <input type="checkbox"/> Lâminas citopatológicas de Colo de Útero 01 - <input type="checkbox"/> Envio realizado corretamente. Registramos a(s) seguinte(s) não conformidade(s) na conferência de Lâminas do Controle Qualidade enviadas: 02 - <input type="checkbox"/> Lâminas de Tuberculose enviadas sem cadastro no sistema GAL; 03 - <input type="checkbox"/> Lâminas de Leishmaniose enviadas sem cadastro no sistema GAL; 04 - <input type="checkbox"/> Lâminas com procedimento inadequado (temporária, recipientes); 05 - <input type="checkbox"/> Lâminas enviadas com desordem no cadastro no sistema GAL; 06 - <input type="checkbox"/> Lâminas de Hanseníase enviadas sem formulário ou relacionadas sem envio; 07 - <input type="checkbox"/> Lâminas de Malária enviadas sem formulário ou sem assinatura do profissional FOR-07/EP.308; 08 - <input type="checkbox"/> Lâminas enviadas sem relatório do GAL (protocolo de entrega em duas vias); 09 - <input type="checkbox"/> Lâminas quebradas; 10 - <input type="checkbox"/> Lâminas enviadas fora do prazo estipulado conforme protocolo; 11 - <input type="checkbox"/> Lâminas enviadas em desacordo com o protocolo de envio (encarte/Transporte); 12 - <input type="checkbox"/> Lâminas com procedimento inadequado (temporária, recipientes); 13 - <input type="checkbox"/> Formulário de envio com dados incompletos, ilegíveis ou impróprios; 14 - <input type="checkbox"/> Lâminas sem identificação numérica, apenas o inicio do nome ou ilegível; 15 - <input type="checkbox"/> Lâminas de Hanseníase enviadas que não constam no formulário de envio; 16 - <input type="checkbox"/> Lâminas de Hanseníase sem informação do resultado ou resultado impróprio; 17 - <input type="checkbox"/> Lâminas citopatológicas de colo de útero sem laudista de exames emitida pelo SISCAN 18 - <input type="checkbox"/> Outros		
Para informações: http://www.saude.mt.gov.br/unidades/laboratorio-central-de-saude-publica-de-mato-grosso/ Controle de Qualidade de Lâminas: selecionar o agravo. R. G. 79 – Centro Político Administrativo, Cuiabá – MT, 78049 - 030 E-mail: geopco@sesmt.mt.gov.br geocen@sesmt.gov.br		
Lâminas para Controle de Qualidade Procedência: _____ Data: _____/_____/_____ Portador (a) _____ Telefone: _____ Horário/chegada: _____ Horário/saída: _____ Oorientação: _____		

Lacen

Figura 04 – Protocolo de recebimento de lâminas

OBS: As amostras que tiverem com atraso no prazo de liberação do resultado, será comunicado via GAL, e-mail e se necessário, ofício para unidade solicitante.



Governo do Estado de Mato Grosso
SES-Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta de Atenção e Vigilância em Saúde
Laboratório Central de Saúde Pública de Mato Grosso-LACEN/MT

MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR		Código: 1.1105 – MAC – 01
Data: 06/11/2025	Revisão: 00	Página: 21/54
ELABORADO/REVISADO POR: Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos	VERIFICADO POR: Klaucia Rodrigues Vasconcelos	APROVADO POR: Elaine Cristina de Oliveira

REPRESENTANTES DOS SETORES

BIOLOGIA MOLECULAR



– Giselle Larice Araújo Dantas

RECEPÇÃO DE AMOSTRA



– Dilma Larreia de Alencar

14. Biologia Molecular



MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR		Código: 1.1105 – MAC – 01
Data: 06/11/2025		Revisão: 00 Página: 23/54
ELABORADO/REVISADO POR: Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos	VERIFICADO POR: Klaucia Rodrigues Vasconcelos	APROVADO POR: Elaine Cristina de Oliveira

14.1- VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (HIV)

TIPO DE ANÁLISE	MATERIAL PARA COLETA	TIPO DE AMOSTRA	PROCEDIMENTO DE COLETA	ARMAZENAMENTO E CONSERVAÇÃO	ACONDICIONAMENTO E TRANSPORTE
PCR Quantitativo em Tempo Real.	Etiqueta, centrifuga, garrote, dois tubos de 4ml ou 5ml contendo EDTA e gel separador (K2E), agulha e canhão para coleta à vácuo.	Plasma.	Coletar dois tubos de sangue com gel separador (K2E) e EDTA contendo 4ml ou 5ml (de acordo com a especificação do tubo); Após a coleta as amostras deverão ser centrifugadas em 3.500 rpm por 15 minutos e devidamente armazenadas até o momento do envio.	<ul style="list-style-type: none">• 15°C à 30°C por até 24 horas;• 2°C à 8°C por até 5 dias.	Os tubos contendo amostra devem ser encaminhados ao LACEN-MT em recipientes próprios do tipo caixa térmicas, de forma segura para que não haja extravasamento e seguindo a temperatura indicada sob refrigeração em gelo reciclável. *CRITÉRIOS DE REJEIÇÃO DE AMOSTRAS:



MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR		Código: 1.1105 – MAC – 01
Data: 06/11/2025	Revisão: 00	Página: 24/54
ELABORADO/REVISADO POR: Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos	VERIFICADO POR: Klaucia Rodrigues Vasconcelos	APROVADO POR: Elaine Cristina de Oliveira

14.1- VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (HIV)

					<ul style="list-style-type: none">• Amostra hemolisada ou com fibrina;equado;• Volume inadequado (maior ou menor do que a capacidade indica);• Tubos e/ou fichas identificados incorretamente;• Transporte em temperatura inadequada;• Amostras não centrifugadas ou em rotação diferente;• Recebimento de amostras fora do prazo pré-estabelecido.
--	--	--	--	--	--

TEMPO DE LIBERAÇÃO DE RESULTADO: 07 dias úteis após a chegada e triagem da amostra no LACEN-MT.

Formulário Requerido:

- Laudo Médico para Emissão de BPA-I devidamente preenchido e assinado pelo médico solicitante, disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-contenidos/publicacoes/2019/laudo-medico-para-emissao-de-bpa-i-quantificacao-de-acido-nucleico-2013-carga-viral-do-hiv/view>



Governo do Estado de Mato Grosso
SES-Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta de Atenção e Vigilância em Saúde
Laboratório Central de Saúde Pública de Mato Grosso-LACEN/MT

MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR		Código: 1.1105 – MAC – 01
Data: 06/11/2025	Revisão: 00	Página: 25/54
ELABORADO/REVISADO POR: Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos	VERIFICADO POR: Klaucia Rodrigues Vasconcelos	APROVADO POR: Elaine Cristina de Oliveira

14.1- VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (HIV)

- Juntamente com a BPA-I deverão constar as cópias do RG, CPF, cartão do SUS e comprovante de residência do paciente.

Dados Imprescindíveis que devem Constar no Formulário:

- Dados do paciente: nome completo, data de nascimento, RG, CPF, número do Cadastro Nacional de Saúde e endereço completo com CEP;
- Motivo pelo qual o exame está sendo solicitado;
- Sintomas do paciente;
- Se o paciente faz uso regular do antirretroviral;
- Data de início do 1º antirretroviral (nos casos de tratamento);
- Diagnóstico sorológico da infecção pelo HIV.

Observação: As amostras deverão ser encaminhadas de segunda a quinta-feira, das 7h às 16h. Não recebemos amostras 6ªf e véspera de feriados, com exceção de amostras de recém-nascidos.



Governo do Estado de Mato Grosso
SES-Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta de Atenção e Vigilância em Saúde
Laboratório Central de Saúde Pública de Mato Grosso-LACEN/MT

MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR		Código: 1.1105 – MAC – 01
Data: 06/11/2025	Revisão: 00	Página: 26/54
ELABORADO/REVISADO POR: Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos	VERIFICADO POR: Klaucia Rodrigues Vasconcelos	APROVADO POR: Elaine Cristina de Oliveira

14.2- VÍRUS DA HEPATITE B E C

TIPO DE ANÁLISE	MATERIAL PARA COLETA	TIPO DE AMOSTRA	PROCEDIMENTO DE COLETA	ARMAZENAMENTO E CONSERVAÇÃO	ACONDICIONAMENTO E TRANSPORTE
PCR Quantitativo em Tempo Real	Etiqueta, centrifuga, garrote, dois tubos de 4ml ou 5ml contendo EDTA e gel separador (K2E), agulha e canhão para coleta à vácuo.	Plasma	Coletar dois tubos de sangue com gel separador (K2E) e EDTA contendo de 4ml a 5ml (de acordo com a especificação do tubo); Após a coleta as amostras deverão ser	<ul style="list-style-type: none">• 15°C a 30°C por até 24 horas;• 2°C a 8°C por até 5 dias.	Os tubos devem ser encaminhados ao LACEN-MT em caixa térmica de forma segura para que não haja extravasamento e seguindo a temperatura indicada sob refrigeração em gelo reciclável ≤ - 20°C. *CRITÉRIOS DE REJEIÇÃO DE AMOSTRAS:



Governo do Estado de Mato Grosso
SES-Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta de Atenção e Vigilância em Saúde
Laboratório Central de Saúde Pública de Mato Grosso-LACEN/MT

MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR		Código: 1.1105 – MAC – 01
Data: 06/11/2025	Revisão: 00	Página: 27/54
ELABORADO/REVISADO POR: Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos	VERIFICADO POR: Klaucia Rodrigues Vasconcelos	APROVADO POR: Elaine Cristina de Oliveira

14.2- VÍRUS DA HEPATITE B E C

			centrifugadas em 3.500 rpm por 15 minutos.	<ul style="list-style-type: none">• Amostra hemolisada ou com fibrina;• Amostra em tubo inadequado;• Volume inadequado (maior ou menor do que a capacidade indica);• Tubos e/ou fichas identificados incorretamente;• Transporte em temperatura inadequada;• Amostras não centrifugadas ou em rotação diferente;• Exames sem cadastro no GAL;• Recebimento de amostras fora do prazo pré-estabelecido.
--	--	--	--	---

TEMPO DE LIBERAÇÃO DE RESULTADO: 15 dias úteis após a chegada e triagem da amostra no LACEN-MT.

Formulário Requerido:

- **Hepatite B:** Laudo Médico para Emissão de BPA-I – Carga Viral da Hepatite B devidamente preenchido e assinado pelo médico solicitante, disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/sistemas-de-informacao/gal/arquivos/form-solicitacao-cv-hbv_versao-08022023.pdf



Governo do Estado de Mato Grosso
SES-Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta de Atenção e Vigilância em Saúde
Laboratório Central de Saúde Pública de Mato Grosso-LACEN/MT

MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR		Código: 1.1105 – MAC – 01
Data: 06/11/2025	Revisão: 00	Página: 28/54
ELABORADO/REVISADO POR: Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos	VERIFICADO POR: Klaucia Rodrigues Vasconcelos	APROVADO POR: Elaine Cristina de Oliveira

14.2- VÍRUS DA HEPATITE B E C

- **Hepatite C:** Laudo Médico para Emissão de BPA-I – Carga Viral da Hepatite C devidamente preenchido e assinado pelo médico solicitante, disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/sistemas-de-informacao/gal/arquivos/form-solicitacao-cv-hcv_versao-08022023.pdf
- Juntamente com a BPA-I deverão constar as cópias do RG, CPF, cartão do SUS e comprovante de residência do paciente.

Dados Imprescindíveis que devem Constar no Formulário:

- Nº da notificação no SINAN;
- Ficha de Requisição do GAL **impressa**;
- Dados do paciente: Nome completo, data de nascimento, RG, CPF e endereço completo (com CEP);
- Justificativa do procedimento/solicitação do exame.

Observação: As amostras deverão ser encaminhadas de segunda a quinta-feira, das 7h às 16h.



MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR		Código: 1.1105 – MAC – 01
Data: 06/11/2025		Revisão: 00 Página: 29/54
ELABORADO/REVISADO POR: Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos	VERIFICADO POR: Klaucia Rodrigues Vasconcelos	APROVADO POR: Elaine Cristina de Oliveira

14.3- DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA

TIPO DE ANÁLISE	MATERIAL PARA COLETA	TIPO DE AMOSTRA	PROCEDIMENTO DE COLETA	ARMAZENAMENTO E CONSERVAÇÃO	ACONDICIONAMENTO E TRANSPORTE
RT-PCR	Tubo seco ou tubo contendo gel separador, etiqueta, seringa a vácuo, agulha, garrote, algodão centrífuga e Crio tubo.	Soro ou plasma	<p>A coleta deve ser realizada entre o 1º e 5º dia da manifestação dos primeiros sintomas.</p> <p>Coletar um tubo de sangue total com gel separador, 4 ml.</p> <p>Para retração do coágulo o tubo deverá ser mantido em repouso à temperatura de 25°C a 37°C, durante 20 minutos. Em seguida, centrifugar a amostra a 2.500 rpm por 5 minutos.</p> <p>Separar o SORO e aliquotar de 1 a 2 mL em 2 criotubos</p>	<p>Encaminhar a amostra no mesmo dia da coleta ao LACEN-MT. Este deve chegar no máximo 6 horas após a coleta, em temperatura de armazenamento para transporte entre 2° a 8°C. Caso não seja possível nesse prazo o envio da amostra armazenar em freezer -70°C ou em nitrogênio líquido, e mantidas congeladas até o recebimento no laboratório, essa informação deverá constar na ficha de requisição de exame.</p>	O transporte do material biológico deverá ser feito em caixa apropriada ou com a utilização de Botijão de nitrogênio líquido.

TEMPO DE LIBERAÇÃO DE RESULTADO: 05 dias úteis após a chegada e triagem da amostra no LACEN-MT.

Formulário requerido:

- Ficha de investigação específica/SINAN (disponível em http://www.portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Dengue/Ficha_DENGCHIK_FINAL.pdf);
- Ficha de Requisição do GAL impressa;

Dados Imprescindíveis que devem constar no Formulário:



Governo do Estado de Mato Grosso
SES-Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta de Atenção e Vigilância em Saúde
Laboratório Central de Saúde Pública de Mato Grosso-LACEN/MT

MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR		Código: 1.1105 – MAC – 01
Data: 06/11/2025	Revisão: 00	Página: 30/54
ELABORADO/REVISADO POR: Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos	VERIFICADO POR: Klaucia Rodrigues Vasconcelos	APROVADO POR: Elaine Cristina de Oliveira

14.3- DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA

- A ficha epidemiológica de investigação deve ser preenchida com letra legível, podendo ser digitada;
- É necessário preencher a ficha com todos os dados disponíveis solicitados, inclusive estado clínico do paciente. Colocar o nome completo do paciente, sem abreviaturas;
- Informar as datas dos primeiros sintomas e coleta, respeitando-se o prazo para a coleta. Não deixa de preencher estas datas, pois elas influenciam o diagnóstico laboratorial;
- Preencher corretamente o nome da unidade de saúde solicitante;
- Assinatura e carimbo.



Governo do Estado de Mato Grosso

SES-Secretaria de Estado de Saúde

Secretaria Adjunta de Atenção e Vigilância em Saúde

Laboratório Central de Saúde Pública de Mato Grosso-LACEN/MT

MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR

Código: 1.1105 – MAC – 01

Data: 06/11/2025	Revisão: 00	Página: 31/54
ELABORADO/REVISADO POR: Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos	VERIFICADO POR: Klaucia Rodrigues Vasconcelos	APROVADO POR: Elaine Cristina de Oliveira

14.4- FEBRE AMARELA

TIPO DE ANÁLISE	MATERIAL PARA COLETA	TIPO DE AMOSTRA	PROCEDIMENTO DE COLETA	ARMAZENAMENTO E CONSERVAÇÃO	ACONDICIONAMENTO E TRANSPORTE
RT-PCR.	2 Tubos sem anticoagulante ou com gel separador e centrífuga	Soro ou plasma	Período ideal da coleta: A partir do 6º (sexto) dia do início dos sintomas; Após a coleta do sangue total, deixá-lo em temperatura ambiente por 20 a 30 minutos para permitir a retração do coágulo. Centrifugar a 1.500 rpm durante 10 minutos para separar somente o soro. Coletar sangue em tubo de 10ml seco sem anticoagulante (adulto) ou de 5ml (criança), preferencialmente em tubo com gel separador. Obs.: Em caso de tubo primário deve ser transferido o soro ou plasma para um criotubo. Separar o soro ou plasma e aliquotar de 2 a 5 ml em 2 tubos	Deve ser enviado imediatamente para o LACEN-MT, caso não seja possível armazenar a amostra em freezer -70°C, até o dia de envio para o laboratório.	Acondicionar as amostras biológicas em tubos apropriados. O transporte do material biológico deverá ser feito em caixa apropriada com a utilização de gelo reciclável, gelo seco ou botijão de nitrogênio líquido.

TEMPO DE LIBERAÇÃO DE RESULTADO: 05 dias úteis após a chegada e triagem da amostra no LACEN-MT.

Formulário Requerido:

- Ficha de investigação específica/SINAN (disponível em http://www.portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Febre%20Amarela/Febre_Amarela_v5.pdf);



Governo do Estado de Mato Grosso

SES-Secretaria de Estado de Saúde

Secretaria Adjunta de Atenção e Vigilância em Saúde

Laboratório Central de Saúde Pública de Mato Grosso-LACEN/MT

**MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E
TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR**

Código: 1.1105 – MAC – 01

Data: 06/11/2025	Revisão: 00	Página: 32/54
ELABORADO/REVISADO POR: Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos	VERIFICADO POR: Klaucia Rodrigues Vasconcelos	APROVADO POR: Elaine Cristina de Oliveira

- Ficha de Requisição do GAL impressa;

Dados imprescindíveis que devem constar no formulário:

- A ficha epidemiológica de investigação deve ser preenchida com letra legível, podendo ser digitada;
- É necessário preencher a ficha com todos os dados disponíveis solicitados, inclusive estado clínico do paciente. Colocar o nome completo do paciente, sem abreviaturas;
- Informar as datas dos primeiros sintomas e coleta, respeitando-se o prazo para a coleta.
- Não deixa de preencher estas datas, pois elas influenciam o diagnóstico laboratorial;
- Preencher corretamente o nome da unidade de saúde solicitante;
- Assinatura e carimbo.



MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR		Código: 1.1105 – MAC – 01
Data: 06/11/2025	Revisão: 00	Página: 33/54
ELABORADO/REVISADO POR: Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos	VERIFICADO POR: Klaucia Rodrigues Vasconcelos	APROVADO POR: Elaine Cristina de Oliveira

14.5- VÍRUS RESPIRATÓRIOS (COVID-19, INFLUENZA E OUTROS)

TIPO DE ANÁLISE	MATERIAL PARA COLETA	TIPO DE AMOSTRA	PROCEDIMENTO DE COLETA	ARMAZENAMENTO E CONSERVAÇÃO	ACONDICIONAMENTO E TRANSPORTE
RT-PCR.	Swab de Rayon tubo com capacidade para 15 mL estéril tipo Falcon, contendo 3mL de solução fisiológica estéril a 0,9%. Aspiração com bronquinho/Argile, usando aparelho de inspiração.	Aspirado de nasofaringe (ANF) 3 ml.	<p>- Coleta de Secreção Nasofaringe por aspiração com Bronquinho/Argile: No caso de secreções espessas, recomenda-se proceder à nebulização ou instilação de gotas de solução fisiológica estéril a 0,9%, em ambas as narinas, a fim de promover fluidez do muco para facilitar a aspiração;</p> <p>Colher de 2 a 3 mL de secreção nasofaringe, com sonda acoplada à um coletor</p> <p>- Bronquinho/Argile, usando um aparelho de aspiração;</p> <p>Caso o volume de secreção seja inferior ao necessário, completá-lo lavando a sonda com solução fisiológica estéril a 0,9% até chegar aos 3 mL;</p> <p>Evitar formação de aerossóis;</p>	Conservar a temperatura entre 2°C à 8°C (não congelar) até o momento da entrega. Encaminhar ao LACEN-MT de modo que chegue em até 12 horas no laboratório. Caso não seja possível, congelar a amostra em freezer a $\leq -70^{\circ}\text{C}$. Encaminhá-la ao Laboratório o mais rápido possível.	Acondicionar a amostra em caixa térmica contendo gelo reciclável suficiente para garantir temperatura entre 2°C a 8°C por um período de 12h. Em caso de não envio nesse período, devemos utilizar gelo seco ou botijão contendo nitrogênio líquido.

TEMPO DE LIBERAÇÃO DE RESULTADO: 03 dias úteis após a chegada e triagem da amostra no LACEN-MT.

Formulário Requerido:



Governo do Estado de Mato Grosso
SES-Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta de Atenção e Vigilância em Saúde
Laboratório Central de Saúde Pública de Mato Grosso-LACEN/MT

MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR		Código: 1.1105 – MAC – 01
Data: 06/11/2025	Revisão: 00	Página: 34/54
ELABORADO/REVISADO POR: Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos	VERIFICADO POR: Klaucia Rodrigues Vasconcelos	APROVADO POR: Elaine Cristina de Oliveira

14.5- VÍRUS RESPIRATÓRIOS (COVID-19, INFLUENZA E OUTROS)

- Formulário clínico laboratorial do paciente devidamente preenchido;
- Ficha de notificação no Data SUS (https://datasus.saude.gov.br/wp-content/uploads/2020/10/Ficha-COVID-19-05_10_20_rev.pdf);
- Resumo do histórico clínico;
- Cópia do laudo preliminar ou conclusivo da necropsia, em caso de óbito;
- Ficha de Requisição do GAL impressa;

Dados Imprescindíveis que devem Constar no Formulário:

- Nome do paciente; Data do nascimento; Sexo; Município de residência/UF; vacinado contra influenza e/ou COVID-19; Natureza da amostra; Data da coleta;
- Vacinação contra Influenza e/ou COVID-19, caso sim, dia, mês e ano da última vacina; Anotar sinais e sintomas; Data do início dos sintomas; Data da coleta da amostra; Natureza da investigação; Nome e número de registro no conselho de classe, do responsável pelo preenchimento.



MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR		Código: 1.1105 – MAC – 01
Data: 06/11/2025		Revisão: 00 Página: 35/54
ELABORADO/REVISADO POR: Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos	VERIFICADO POR: Klaucia Rodrigues Vasconcelos	APROVADO POR: Elaine Cristina de Oliveira

14.5- VÍRUS RESPIRATÓRIOS (COVID-19, INFLUENZA E OUTROS)

TIPO DE ANÁLISE	MATERIAL PARA COLETA	TIPO DE AMOSTRA	PROCEDIMENTO DE COLETA	ARMAZENAMENTO E CONSERVAÇÃO	ACONDICIONAMENTO E TRANSPORTE
Histopatológico (em caso de óbito). RT-PCR	Etiquetas e materiais de uso restrito hospitalar	Fragmento de pulmão e traqueia (Biopsia pós-morte) para metodologia RT-PCR	Recomendado apenas para os locais onde seja viável a coleta dessas amostras. Rotular 2 frascos plásticos estéreis de boca larga, contendo solução salina tamponada (PBS pH 7,2), suplementada com antibiótico, contendo: nome do paciente, nome da instituição, tipo de amostra, dia e hora da coleta. Um frasco é para o material do pulmão, e o outro, para o da traqueia; Material para fins de diagnóstico diferencial (investigação de bactérias), proceder como no item acima, porém, com solução salina tamponada (PBS pH 7,2), sem o antibiótico. Neste caso, igualmente, identificar o frasco e, igualmente,	Conservar em temperatura entre 2°C à 8°C. Encaminhá-la ao Laboratório o mais rápido possível no mesmo dia.	Acondicionar em caixa térmica com gelo reciclável de maneira que a temperatura permaneça em torno de 2°C a 8°C.



Governo do Estado de Mato Grosso
SES-Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta de Atenção e Vigilância em Saúde
Laboratório Central de Saúde Pública de Mato Grosso-LACEN/MT

MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR		Código: 1.1105 – MAC – 01
Data: 06/11/2025	Revisão: 00	Página: 36/54
ELABORADO/REVISADO POR: Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos	VERIFICADO POR: Klaucia Rodrigues Vasconcelos	APROVADO POR: Elaine Cristina de Oliveira

14.5- VÍRUS RESPIRATÓRIOS (COVID-19, INFLUENZA E OUTROS)

		as amostras devem ser mantidas a 4°C e encaminhadas ao LACEN-MT no mesmo dia.		
TEMPO DE LIBERAÇÃO DE RESULTADO: Histopatológico (em caso de óbito): 15 a 30 dias úteis após a chegada e triagem da amostra no LACEN-MT.				
Formulário Requerido: <ul style="list-style-type: none">▪ Formulário clínico laboratorial do paciente devidamente preenchido;▪ Ficha do SINAN (disponível em http://www.portalsinan.saude.gov.br/);▪ Resumo do histórico clínico;▪ Cópia do laudo preliminar ou conclusivo da necropsia, em caso de óbito;▪ Ficha de Requisição do GAL impressa;				
Dados Imprescindíveis que devem Constar no Formulário: <ul style="list-style-type: none">▪ Nome do paciente; Data do nascimento; Sexo; Município de residência/UF; vacinado contra influenza e/ou COVID-19 (se houver); Natureza da amostra; Data da coleta; Vacinação contra Influenza e/ou COVID-19, caso sim, dia, mês e ano da última vacina; Anotar sinais e sintomas; Data do início dos sintomas; Data da coleta da amostra; Natureza da investigação; Nome e número de registro no conselho de classe, do responsável pelo preenchimento.				



MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR			Código: 1.1105 – MAC – 01
Data: 06/11/2025		Revisão: 00	Página: 37/54
ELABORADO/REVISADO POR: Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos		VERIFICADO POR: Klaucia Rodrigues Vasconcelos	APROVADO POR: Elaine Cristina de Oliveira

14.6- MONKEYPOX (MPOX)

TIPO DE ANÁLISE	MATERIAL PARA COLETA	TIPO DE AMOSTRA	PROCEDIMENTO DE COLETA	ARMAZENAMENTO E CONSERVAÇÃO	ACONDICIONAMENTO E TRANSPORTE
RT-PCR.	Frascos limpos sem conservantes e centrífuga	Secreção de Vesículas,	O ideal é a coleta na fase aguda ainda com pústulas vesiculares (carga viral elevada). Retirar conteúdo da lesão com swab estéril de nylon (rayon) é o indicado. Introduzir o swab em tubo seco, SEM líquido conservante , uma vez que os <i>Poxvírus</i> se mantêm estáveis na ausência de qualquer meio preservante. Também pode-se	Após a coleta de vesícula recomenda-se refrigeração - 20°C, ou temperaturas inferiores, caso o tempo entre coleta e entrega ao LACEN-MT ultrapasse o limite de 24 h após a coleta.	Acondicionar as amostras biológicas em caixa apropriada contendo gelo reciclável se o envio for imediato. O transporte do material biológico que a coleta e a entrega ultrapassem as 24h deverá ser transportado em caixa apropriada com gelo seco.



Governo do Estado de Mato Grosso
SES-Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta de Atenção e Vigilância em Saúde
Laboratório Central de Saúde Pública de Mato Grosso-LACEN/MT

MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR			Código: 1.1105 – MAC – 01
Data: 06/11/2025		Revisão: 00	Página: 38/54
ELABORADO/REVISADO POR: Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos	VERIFICADO POR: Klaucia Rodrigues Vasconcelos	APROVADO POR: Elaine Cristina de Oliveira	

14.6- MONKEYPOX (MPOX)

			puncionar com seringao conteúdo da lesão, mas prefere-se o swab para evitar a manipulação de perfurocortantes.		
		Crosta de Lesão.	Quando há necessidade da realizar de coleta em fase tardia, deve-se optar pela coleta de crostas das lesões/fragmento de preferência as menos secas; ou seja, as que estejam em processo inicial de cicatrização, pois a chance de obter uma elevada cargaviral é maior. Maiores informações consultar o vídeo no <i>you tube</i> por meio do link: https://youtu.be/r2cGli51_Wc?si=gvfFHeMXVJVFeaEM	As crostas devem ser armazenadas em frascos limpos SEM líquido preservante (neste caso, o uso de qualquer líquido preservante reduz em muito as chances de detecção).	

TEMPO DE LIBERAÇÃO DE RESULTADO: 03 dias úteis após a chegada e triagem da amostra no LACEN-MT.

NOTA 01: Para cada paciente, você terá:



Governo do Estado de Mato Grosso
SES-Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta de Atenção e Vigilância em Saúde
Laboratório Central de Saúde Pública de Mato Grosso-LACEN/MT

MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR		Código: 1.1105 – MAC – 01
Data: 06/11/2025	Revisão: 00	Página: 39/54
ELABORADO/REVISADO POR: Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos	VERIFICADO POR: Klaucia Rodrigues Vasconcelos	APROVADO POR: Elaine Cristina de Oliveira

14.6- MONKEYPOX (MPOX)

1. Duas amostras de lesão do líquido vesicular/pustulosa (cada amostra deve ser de uma lesão separada);
2. Duas amostras da crosta e/ou fragmentos (cada amostra deve ser de uma lesão separada);
3. Uma amostra de soro com 5mL

Formulário Requerido:

- Ficha de Requisição do GAL impressa;
- Ficha de Notificação

Dados imprescindíveis que devem constar no formulário:

- A ficha epidemiológica de investigação deve ser preenchida com letra legível, podendo ser digitada;
- É necessário preencher a ficha com todos os dados disponíveis solicitados, inclusive estado clínico do paciente. Colocar o nome completo do paciente, sem abreviaturas;
- Informar as datas dos primeiros sintomas e coleta, respeitando-se o prazo para a coleta. Não deixar de preencher estas datas, pois elas influenciam o diagnóstico laboratorial;
- Preencher corretamente o nome da unidade de saúde solicitante;
- Assinatura e carimbo.



Governo do Estado de Mato Grosso
SES-Secretaria de Estado de Saúde

Secretaria Adjunta de Atenção e Vigilância em Saúde
Laboratório Central de Saúde Pública de Mato Grosso-LACEN/MT

MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR			Código: 1.1105 – MAC – 01
Data: 06/11/2025		Revisão: 00	Página: 40/54
ELABORADO/REVISADO POR: Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos	VERIFICADO POR: Klaucia Rodrigues Vasconcelos	APROVADO POR: Elaine Cristina de Oliveira	

14.7- FEBRE DO MAYARO

TIPO DE ANÁLISE	MATERIAL PARA COLETA	TIPO DE AMOSTRA	PROCEDIMENTO DE COLETA	ARMAZENAMENTO E CONSERVAÇÃO	ACONDICIONAMENTO E TRANSPORTE
RT-qPCR	Tubo seco ou tubo contendo gel separador, etiqueta, seringa a vácuo, agulha, garrote, algodão centrífuga e Criotubo.	Soro	A coleta deve ser realizada entre o 1º e 6º dia da manifestação dos primeiros sintomas. Coletar dois tubos de sangue com gel separador, 4 mL. Para retração do coágulo o tubo deverá ser mantido em repouso à temperatura de 25°C a 37°C, durante 20 minutos. Caso não haja retração adequada, centrifugar a amostra a 2.500 rpm por 5 minutos. Separar o SORO e aliquotar de 1 a 2 mL em 2 criotubos	Após a coleta, a amostra pode ficar em temperatura ambiente por no máximo 2 horas ou sob refrigeração entre 2 C° à 8°C por 48 horas, até o envio ao laboratório LACEN-MT. Após esse período, as amostras podem ser armazenadas (congeladas) em freezer a -20°C ou em botijão de nitrogênio líquido, até o envio ao laboratório LACEN-MT.	O transporte deverá ser realizado em caixa térmica rígida contendo gelo reciclável 2 C° à 8°C em até 48h, após este período acondicionar em botijão com nitrogênio líquido até o laboratório LACEN-MT.

TEMPO DE LIBERAÇÃO DE RESULTADO: 03 dias úteis após a chegada e triagem da amostra no LACEN-MT.

Formulário requerido:

- Ficha de investigação específica/SINAN;



Governo do Estado de Mato Grosso
SES-Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta de Atenção e Vigilância em Saúde
Laboratório Central de Saúde Pública de Mato Grosso-LACEN/MT

MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR		Código: 1.1105 – MAC – 01
Data: 06/11/2025	Revisão: 00	Página: 41/54
ELABORADO/REVISADO POR: Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos	VERIFICADO POR: Klaucia Rodrigues Vasconcelos	APROVADO POR: Elaine Cristina de Oliveira

14.7- FEBRE DO MAYARO

- Ficha de Requisição do GAL **impressa**;

Dados Imprescindíveis que devem constar no Formulário:

- A ficha epidemiológica de investigação deve ser preenchida com letra legível, podendo ser digitada;
- É necessário preencher a ficha com todos os dados disponíveis solicitados, inclusive estado clínico do paciente. Colocar o nome completo do paciente, sem abreviaturas;
- Informar as datas dos primeiros sintomas e coleta, respeitando-se o prazo para a coleta. Não deixa de preencher estas datas, pois elas influenciam o diagnóstico laboratorial;
- Preencher corretamente o nome da unidade de saúde solicitante;
- Assinatura e carimbo.



MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR		Código: 1.1105 – MAC – 01
Data: 06/11/2025	Revisão: 00	Página: 42/54
ELABORADO/REVISADO POR: Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos	VERIFICADO POR: Klaucia Rodrigues Vasconcelos	APROVADO POR: Elaine Cristina de Oliveira

14.8- FEBRE DO OROPOUCHE

TIPO DE ANÁLISE	MATERIAL PARA COLETA	TIPO DE AMOSTRA	PROCEDIMENTO DE COLETA	ARMAZENAMENTO E CONSERVAÇÃO	ACONDICIONAMENTO E TRANSPORTE
RT-qPCR	Tubo seco ou tubo contendo gel separador, etiqueta, seringa a vácuo, agulha, garrote, algodão centrífuga e Criotubo.	Soro	<p>A coleta deve ser realizada entre o 2º e 6º dia da manifestação dos primeiros sintomas.</p> <p>Coletar dois tubos de sangue com gel separador, 4 mL.</p> <p>Para retração do coágulo o tubo deverá ser mantido em repouso à temperatura de 25°C a 37°C, durante 20 minutos. Caso não haja retração adequada, centrifugar a amostra a 2.500 rpm por 5 minutos.</p> <p>Separar o SORO e aliquotar de 1 a 2 mL em 2 criotubos</p>	<p>Após a coleta, a amostra pode ficar em temperatura ambiente por no máximo 2 horas ou sob refrigeração entre 2 C° à 8°C por 48 horas, até o envio ao laboratório LACEN-MT. Após esse período, as amostras podem ser armazenadas (congeladas) em freezer a -20°C ou em botijão de nitrogênio líquido, até o envio ao laboratório LACEN-MT.</p>	O transporte deverá ser realizado em caixa térmica rígida contendo gelo reciclável 2 C° à 8°C em até 48h, após este período acondicionar em botijão com nitrogênio líquido até o laboratório LACEN-MT.

TEMPO DE LIBERAÇÃO DE RESULTADO: 05 dias úteis após a chegada e triagem da amostra no LACEN-MT.

Formulário Requerido:



Governo do Estado de Mato Grosso
SES-Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta de Atenção e Vigilância em Saúde
Laboratório Central de Saúde Pública de Mato Grosso-LACEN/MT

MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR		Código: 1.1105 – MAC – 01
Data: 06/11/2025	Revisão: 00	Página: 43/54
ELABORADO/REVISADO POR: Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos	VERIFICADO POR: Klaucia Rodrigues Vasconcelos	APROVADO POR: Elaine Cristina de Oliveira

14.8- FEBRE DO OROPOUCHE

- Ficha de investigação específica/SINAN;
- Ficha de Requisição do GAL **impressa**;

Dados imprescindíveis que devem constar no formulário:

- A ficha epidemiológica de investigação deve ser preenchida com letra legível, podendo ser digitada;
- É necessário preencher a ficha com todos os dados disponíveis solicitados, inclusive estado clínico do paciente. Colocar o nome completo do paciente, sem abreviaturas;
- Informar as datas dos primeiros sintomas e coleta, respeitando-se o prazo para a coleta.
- Não deixa de preencher estas datas, pois elas influenciam o diagnóstico laboratorial; Preencher corretamente o nome da unidade de saúde solicitante; Colocar a Assinatura e carimbo.



MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR		Código: 1.1105 – MAC – 01
Data: 06/11/2025	Revisão: 00	Página: 44/54
ELABORADO/REVISADO POR: Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos	VERIFICADO POR: Klaucia Rodrigues Vasconcelos	APROVADO POR: Elaine Cristina de Oliveira

14.9- COQUELUCHE

TIPO DE ANÁLISE	MATERIAL PARA COLETA	TIPO DE AMOSTRA	PROCEDIMENTO DE COLETA	ARMAZENAMENTO E CONSERVAÇÃO	ACONDICIONAMENTO E TRANSPORTE
RT-PCR.	Swab de Rayon tubo com capacidade para 15 mL estéril tipo Falcon, TUDO SECO.	Swab de nasofaringe (ANF) 3 ml.	<p>- Coleta de Secreção Nasofaringe por aspiração com Bronquinho/Argile: No caso de secreções espessas, recomenda-se proceder à nebulização ou instilação de gotas de solução fisiológica estéril a 0,9%, em ambas as narinas, a fim de promover fluidez do muco para facilitar a aspiração;</p> <p>Colher de 2 a 3 mL de secreção nasofaringe, com sonda acoplada à um coletor, coletado até o 5º dia de início de sintomas;</p> <p>- Bronquinho/Argile, usando um aparelho de aspiração; Caso o volume de secreção seja inferior ao necessário, completá-lo lavando a sonda com solução fisiológica estéril a 0,9% até chegar aos 3 mL. Coletado até o 5º dia de início de sintomas;</p> <p>Evitar formação de aerossóis;</p>	Conservar a temperatura entre 2°C à 8°C (não congelar) até o momento da entrega. Encaminhar ao LACEN-MT de modo que chegue em até 12 horas no laboratório. Caso não seja possível, congelar a amostra em freezer a ≤ -70°C. Encaminhá-la ao Laboratório o mais rápido possível.	Acondicionar a amostra em caixa térmica contendo gelo reciclável suficiente para garantir temperatura entre 2°C a 8°C por um período de 12h. Em caso de não envio nesse período, devemos utilizar gelo seco.



Governo do Estado de Mato Grosso
SES-Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta de Atenção e Vigilância em Saúde
Laboratório Central de Saúde Pública de Mato Grosso-LACEN/MT

MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR		Código: 1.1105 – MAC – 01
Data: 06/11/2025	Revisão: 00	Página: 45/54
ELABORADO/REVISADO POR: Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos	VERIFICADO POR: Klaucia Rodrigues Vasconcelos	APROVADO POR: Elaine Cristina de Oliveira

14.9- COQUELUCHE

TEMPO DE LIBERAÇÃO DE RESULTADO: 03 dias úteis após a chegada e triagem da amostra no LACEN-MT.

Formulário Requerido:

- Formulário clínico laboratorial do paciente devidamente preenchido;
- Ficha de notificação no Data SUS (https://datasus.saude.gov.br/wp-content/uploads/2020/10/Ficha-COVID-19-05_10_20_rev.pdf);
- Resumo do histórico clínico;
- Cópia do laudo preliminar ou conclusivo da necropsia, em caso de óbito;
- Ficha de Requisição do GAL impressa;

Dados Imprescindíveis que devem Constar no Formulário:

- Nome do paciente; Data do nascimento; Sexo; Município de residência/UF; Natureza da amostra; Data da coleta;



MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR		Código: 1.1105 – MAC – 01
Data: 06/11/2025	Revisão: 00	Página: 46/54
ELABORADO/REVISADO POR: Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos	VERIFICADO POR: Klaucia Rodrigues Vasconcelos	APROVADO POR: Elaine Cristina de Oliveira

1.1 Fluxo de Recebimento de Amostras





Governo do Estado de Mato Grosso
SES-Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta de Atenção e Vigilância em Saúde
Laboratório Central de Saúde Pública de Mato Grosso-LACEN/MT

MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR		Código: 1.1105 – MAC – 01
Data: 06/11/2025	Revisão: 00	Página: 47/54
ELABORADO/REVISADO POR: Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos	VERIFICADO POR: Klaucia Rodrigues Vasconcelos	APROVADO POR: Elaine Cristina de Oliveira

1.2 Fluxo de encaminhamento de amostras em Situações Emergenciais



AUTORIDADE DE SAÚDE INFORMA AO LACEN-MT EXPLICANDO A NECESSIDADE DE PROCESSAR AS AMOSTRAS URGENTES



OS GESTORES DO LACEN-MT INFORMA OS REPRESENTANTES DOS RESPECTIVOS LABORATÓRIOS



OS PROFISSIONAIS AO RECEBEREM AS AMOSTRAS, REALIZAM A CONFERÊNCIA E ENCAMINHAM PARA ANÁLISES



APÓS AS ANÁLISES SEREM REALIZADAS, OS LAUDOS SÃO LIBERADOS NO SISTEMA PARA AS UNIDADES DE ORIGEM



TODAS AS ETAPAS DO PROCESSO, SÃO DOCUMENTADAS E QUALQUER INFORMAÇÃO RELEVANTE É COMUNICADA IMEDIATAMENTE A CHEFIA IMEDIATA.



Governo do Estado de Mato Grosso

SES-Secretaria de Estado de Saúde

Secretaria Adjunta de Atenção e Vigilância em Saúde

Laboratório Central de Saúde Pública de Mato Grosso-LACEN/MT

MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR		Código: 1.1105 – MAC – 01	
Data: 06/11/2025		Revisão: 00	Página: 48/54
ELABORADO/REVISADO POR: Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos	VERIFICADO POR: Klaucia Rodrigues Vasconcelos	APROVADO POR: Elaine Cristina de Oliveira	



ANEXOS





MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR

Código: 1.1105 – MAC – 01

Data: 06/11/2025

Revisão: 00 Página: 49/54

ELABORADO/REVISADO POR:

Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos

VERIFICADO POR:
Klaucia Rodrigues Vasconcelos

APROVADO POR:
Elaine Cristina de Oliveira

Anexo I - Ficha do Gal

Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial - GAL
Requisição de Exame - Biologia Médica

REQUISIÇÃO	Unidade Saúde (se outra forneça)*	CNES*	
Município Abendito:	UF:	CEP/IBGE*	
CNS Prof de Saúde:	Nome do Profissional de Saúde*	Registro Conselho Matrícula*	
Type de Solicietão*	Franquia:	Descrição:	
1 - Básico 2 - Externo 3 - Índigo 4 - Interno	CPF do paciente*	1 - Campanha 2 - Inquérito 3 - Investigação 4 - Programa 5 - Prontuário 6 - Projeto 9 - Ignorado	
Nome do paciente*	Nome do Paciente*		
Data de Nascimento*	Idade*	Sexo: M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	
Raça/Cor:	1 - Branca 2 - Preta 3 - Parda 4 - Amarela 5 - Indígena 99 - Sem Informação	Nacionalidade:	
Endereço do paciente: (Rua, Avenida,...)	Documentos 1	Documentos 2	
Complemento do endereço:	Ponto de Referência:	Bairro:	
Município Residência*	UF:	CEP:	
DEP:	DDD / Telefone:	Zona: 1 - Urtua 2 - Sistre 3 - Rural 4 - Sistre	
Agravio/Doença:	País (de residência fora do Brasil)*	Data dos Primeiros Sintomas:	
Idade Gestacional:	Diagnóstico:		
1 - 1º Trimestre 2 - 2º Trimestre 3 - 3º Trimestre 4 - Ignorado	Matern:		
1 - Não 2 - Sim 3 - Ignorado	Vacina?	Data da Última Dose:	
Agravio/Doença de notificação do SINAN:	CD10*	Nº Notificação do SINAN*	Data de Notificação*
Unidade Saúde Notificante:	CNES*		
Município Notificação:	UF:	CEP/IBGE*	

Frente

SISTEMA GERENCIADOR DE AMBIENTE LABORATORIAL (GAL)
INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DA REQUISIÇÃO DE EXAME

Ordem Descrição dos Campos

01 Número da requisição gerado pelo sistema após o cadastro. (OBRIGATÓRIO). Caso ainda não tenha sido cadastrada (NÃO OBRIGATÓRIO).

02 Unidade de Saúde ou outra fonte que solicita exame (s) da rede de laboratórios*, nome completo e sem abreviaturas.

03 Número do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNS (OBRIGATÓRIO).

04 Nome do município de atendimento da Unidade de Saúde ou de outra fonte responsável pela solicitação de exame(s).

05 Código do IBGE correspondente. (OBRIGATÓRIO).

06 Síglas da Unidade da Federação e Unidade de Saúde ou outra fonte responsável pela solicitação de exame(s).

07 Nome do profissional de saúde responsável pela solicitação de exame(s) sem abreviaturas. (OBRIGATÓRIO).

08 Nome completo do profissional de saúde responsável pela solicitação de exame(s) sem abreviaturas. (OBRIGATÓRIO).

09 Abreviatura/número do conselho ou matrícula do profissional de saúde (OBRIGATÓRIO). Ex: CRM/RJ 1234.

10 Assinatura e carimbo do profissional de saúde responsável pela solicitação de exame(s).

11 Data da solicitação de exame (s) (OBRIGATÓRIO). No formato dd/mm/aaaa.

Finalidade da requisição: 1 - Campanha (evento investigador com período definido para doença/agravo específico); 2 - Inquérito (investigação controlada com período definido para doença/agravo específico); 3 - Programa (eventos investigativos ligados a ações de programas específicos das esferas governamentais); 4 - Programa (eventos investigativos ligados por instituição ou esfera governamental, para definição de perfil diferencial ligado à doença/agravo principal); 5 - Protocolo (investigação diagnóstica definida por instituição ou esfera governamental, para definição de perfil diferencial ligado à doença/agravo principal); 6 - Projeto (investigação de doença/agravo ligado a pesquisa) e 9 - Ignorado. Especificar o nome da finalidade (Nível Naval ou Estadual).

12 Detalhamento: detalhe a finalidade do exame.

13 Tipo Paciente: 1 - Brasileiro; 2 - Estrangeiro; 3 - Índigena; 4 - Vulnerável

14 CPF Paciente: Se a opção for "Brasileiro", informar o número do CPF.

15 Número do Cartão Nacional de Saúde do Paciente CNS (OBRIGATÓRIO).

16 Paciente: nome completo e sem abreviatura. (OBRIGATÓRIO).

17 Dados do paciente: nome completo e documento de identidade (OBRIGATÓRIO).

18 Idade do paciente: campo deve ser preenchido somente se a data de nascimento for desconhecida.
(Ex: 10 dias > deve ser informado na lacuna quantidade o número "10" e na sequência lacuna o item correspondente à opção "2", que significa dia. 1 - Hora(s); 2 - Dia(s); 3 - Mês(s) e 4 - Anos. (OBRIGATÓRIO))

19 Sexo do paciente: F - Feminino; M - Masculino e 1 - Ignorado. (OBRIGATÓRIO)

20 Nacionalidade: país de origem do paciente.

21 Raga/Cor: 1 - Branca 2 - Preta 3 - Parda 4 - Amarela 5 - Indígena e 99 - Sem informação.

22 Endereço do paciente: campo deve ser preenchido somente se a opção indígena automaticamente aparece a tabela de etnia.

23 Nome da mãe: informar o nome completo e sem abreviaturas.

Documento: este campo deve ser preenchido informando na primeira lacuna o tipo de documento e em seguida seu número.
25 e 26 1 - RG - Carteira de Identidade; 2 - CNH - Carteira Nacional de Habilitação; 3 - CNS - Cartão Nacional de Saúde; 4 - CNASC - Certidão de Nascimento; 5 - PRONT - Prontuário e 6 - INFOPEN - Sistema de Informações Penitenciárias.

27 Endereço do paciente (rua, avenda,...)

28 Número (apartamento, casa) do endereço do paciente.

29 Dados complementares do endereço do paciente.

30 Ponto de referência para auxiliar na localização do endereço do paciente.

31 Bairro do paciente.

32 Município do endereço do paciente.

33 Código do IBGE correspondente. (OBRIGATÓRIO).

34 Síglas da Unidade de Federação do endereço do paciente.

35 CEP - Código de endereçamento postal do endereço (avenida, rua, travessa, etc) do paciente.

36 Código da localidade e o telefone para contato do paciente. (DDD e número do telefone)

37 Cidade e localidade de nascimento do paciente: 1 - Urbano; 2 - Periférico; 3 - Rural; 4 - Sistre e 9 - Ignorado.

38 País de endereço do paciente. Se realmente for o caso, preencher os Países. (OBRIGATÓRIO).

39 Informar o nome do agravodoença conforme tabela disponível no sistema (PREenchimento APENAS PARA CASOS NOTIFICADOS).

40 Data dos primeiros sintomas - data que surgiram os primeiros sintomas do paciente. No formato dd/mm/aaaa.

41 Idade Gestacional: Sendo o paciente do sexo feminino, informar o período gestacional em que a paciente se encontra no momento da ocorrência do agravo/doença. Sendo o paciente do sexo masculino, informar a opção 6 - não se aplica.

42 Documento de identidade para imprensa.

43 Diagnóstico: campo habilitado somente para hepatites virais.

44 Classificação do tipo de caso: 1 - Suspeito (diagnóstico para definição de doença/agravo); 2 - Comunicante (paciente teve contato familiar, sexual com um caso); 3 - Acompanhamento (paciente em tratamento de doença/agravo); 4 - Controle (controle de tratamento de doença/agravo finalizado); 5 - óbito (diagnóstico para esclarecimento de causa/mortal); 6 - Caso grave (paciente em estado grave, internado ou não); 7 - Surto (esclarecimento da ocorrência de doença/agravo em área restrita); 8 - Diagnóstico (paciente para confirmação da doença/agravo) e 9 - Ignorado.

45 Tratamento - informar o tempo de tratamento que o paciente encontra-se na data da solicitação do exame (s).
(Exemplo: 10 dias > deve ser informado na lacuna quantidade o número "10" e na sequência lacuna o item correspondente à opção "1", que significa dia.

Verso



Governo do Estado de Mato Grosso
SES-Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta de Atenção e Vigilância em Saúde
Laboratório Central de Saúde Pública de Mato Grosso-LACEN/MT

MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR		Código: 1.1105 – MAC – 01
Data: 06/11/2025	Revisão: 00	Página: 50/54
ELABORADO/REVISADO POR: Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos	VERIFICADO POR: Klaucia Rodrigues Vasconcelos	APROVADO POR: Elaine Cristina de Oliveira

Anexo II - Laudo Médico para Emissão de BPA-I

SUS Sistema Unified de Saúde		Ministério da Saúde		Laudo Médico para Emissão de BPA-I		Departamento de Doenças de Condícios Clínicos e Infecções Sexualmente Transmissíveis	
				Contagem de Linfócitos T CD4 [*] / CD8 [*]		Sistema de Controle de Exames Laboratoriais - SICEL	
1. Instituição solicitante (carimbo padrão)*				2. CNPJ			
INFORMAÇÕES BÁSICAS				5. Identificação do usuário SUS nos resultados			
Nome completo do usuário SUS*							
3. Civil:				<input type="checkbox"/> 1-Civil <input type="checkbox"/> 2-Social			
4. Social:							
6. Data de Nascimento* 7. Sexo* 8. País* 9. Cidade de nascimento*							
/ /		I-Masculino <input type="checkbox"/> 2-Feminino					
10. UF* 11. Raça/Cor		12. Número de identidade		13. CPF*			
1-Branco 2-Pardo 3-Amaral 4-Pólio <input type="checkbox"/> 5-Indigena <input type="checkbox"/> 6-Não informado; <input type="checkbox"/> 7-Espresso							
14. Escolaridade		15. Cartão Nacional de Saúde - CNS*					
<input type="checkbox"/> 1-Nenhuma 2- De 1 a 3; 3- De 4 a 7; 4- De 8 a 11; 5- De 12 e mais; <input type="checkbox"/> 6-Não informado; 7-Espresso							
16. Gestante* 17. Idade Gestacional* 18. Telefone do Usuário SUS 19. Prontuário							
<input type="checkbox"/> S-Sim - N-Não Semanas () -							
20. Nome de Responsável (se o usuário SUS for menor de idade)		21. CPF do Responsável (se o usuário SUS for menor de idade)					
22. Nome da mãe* 23. Endereço do usuário SUS*							
24. Endereço* 25. CEP* 26. Cidade de residência do usuário SUS* 27. UF* 28. Cod. IBGE Município							
BAIXOS DA SOLICITAÇÃO							
29. Código do Procedimento 30. Nome do Procedimento							
02.02.03.002-4 Contagem de Linfócitos T CD4 [*] / CD8 [*]							
20. JUSTIFICAÇÃO DO PRIMEIRO EXAME / SOLICITAÇÃO							
31. Motivo pelo qual o exame está sendo solicitado?							
31.1. Monitoramento de pessoas que não estão em tratamento antiretroviral <input type="checkbox"/> 31.2. Monitoramento de pessoas que estão em tratamento antiretroviral <input type="checkbox"/>							
31.2.1. Oss (últimos CD4 > 350 cel./mm ³)? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>							
31.2.2. Paciente assintomático? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>							
31.2.3. Carga Viral indetectável? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>							
31.3. Avaliação de imunização e/ou profilaxia para Infecção Oportuniista <input type="checkbox"/>							
32. CID 10 [*]							
33. DADOS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		34. Data da Solicitação		35. Assinatura e Carimbo*			
		/ /					
36. Registro do Conselho Profissional* 37. Documento (CNP/CPP) do Profissional Solicitante*							
Conselho UF/Nº							
LOCAL DE COLETA DA AMOSTRA		38. Data da coleta*		40. Hora da Coleta*			
		/ /					
LABORATÓRIO EXECUTOR DO TESTE		41. Nome da instituição (Carimbo Padrão)		42. CNES		43. Data do recebimento	
						44. Hora	
45. N° Solicitação exame		46. Identificador da amostra		47. Responsável		48. Data do resultado	
						/ /	
49. Condições de chegada da amostra				50. Material Biológico			
1-Amostra adequada; 2-Amostra hemolizada; 3-Amostra em frasco inadequado; 4-Amostra mal identificada; <input type="checkbox"/> 5-Amostra com volume inadequado <input type="checkbox"/> 10-Amostra Congelada; 11-Amostra com volume inadequado				<input type="checkbox"/> Sangue			
51. CD4 (valor absoluto)		52. CD4 (valor absoluto)		53. Média CD3 (valor absoluto)		54. Técnicas utilizadas	
* Preenchimento obrigatório							
Versão 04/09/2019 - www.aids.gov.br/sicel							



MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR		Código: 1.1105 – MAC – 01
Data: 06/11/2025	Revisão: 00	Página: 51/54
ELABORADO/REVISADO POR: Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos	VERIFICADO POR: Klaucia Rodrigues Vasconcelos	APROVADO POR: Elaine Cristina de Oliveira

Anexo III - Ficha de Quantificação Viral da Hepatite B

SUS serviço de saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Doenças de Condições Crônicas e
Infeções Sexualmente Transmissíveis

Formulário para Solicitação de Exame de Carga Viral do Vírus da Hepatite B

DADOS DA INSTITUIÇÃO		2. CNES*
3. Instituição solicitante (corrente padrão)*	4. Registro do conselho profissional*	5. Assinatura e Carimbo*
6. Data da solicitação*	7. CPF do profissional*	/ /
INFORMAÇÕES BÁSICAS		
8. CNS do(a) paciente*	9. Nome completo do(a) usuário(a)*	10. Preferência de identificação*
11. Oficial	12. Oficial	<input type="checkbox"/> 1. Oficial <input type="checkbox"/> 2. Social
13. Social	14. CPF*	15. Sexo*
16. Social	17. Nome da mãe*	<input type="checkbox"/> 1. Feminino <input type="checkbox"/> 2. Masculino
18. Data de nascimento*	19. Rua/Cep*	20. Endereço*
21. Nacionalidade*	22. Número da identidade	23. Logradouro*
24. Telefone	25. Cel. IBEPE	26. UF*
27. Código do procedimento	28. CEP*	29. Cód. IBGE
02.13.01.020-8	30. Ponto*	31. UF*
Identificação do vírus da hepatite B por PCR (quantitativo)		
DETALHAMENTO DO EXAME		
32. Idade gestacional*	33. Motivo do exame*	34. Estágio da doença (CID)*
<input type="checkbox"/> 1. 1º trimestre <input type="checkbox"/> 2. 2º trimestre <input type="checkbox"/> 3. 3º trimestre <input type="checkbox"/> 4. Ignorado 5. Não se aplica	<input type="checkbox"/> 1. Confirmação do diagnóstico 2. Avaliar indicação de tratamento <input type="checkbox"/> 3. Monitorar tratamento 4. Gestante portadora de hepatite B 5. Investigação de transmissão vertical	<input type="checkbox"/> 1. Hepatite B aguda (B14) <input type="checkbox"/> 2. Hepatite B crônica sem Delta (B18.0) 3. Hepatite B crônica com Delta (B18.0)
LOCAL DA COLETA DA AMOSTRA		
40. Nome da Instituição*	41. Data da coleta*	42. Hora da coleta*
/ /	/ /	:
LABORATÓRIO EXECUTOR DO TESTE		
43. Nome da Instituição*	44. CNES*	45. Data de recebimento*
/ /	/ /	:
46. Solitário do exame*	47. Identificador da amostra*	48. Responsável*
/ /	/ /	/ /
49. Material biológico*	50. Volume da amostra	51. U/M(s)
/ /	52. Log.	53. Técnica*
<small>*Preenchimento obrigatório</small>		

www.aids.gov.br (27/04/2020)

Instrucional - Solicitação de Exame de Carga Viral do Vírus da Hepatite B

Os campos de preenchimento obrigatórios estão marcados com *.

8. CNS do(a) paciente*: Número do Cartão Nacional de Saúde do indivíduo, o correto preenchimento do CNS no formulário eletrônico do GAL permite que os campos de identificação do indivíduo sejam preenchidos automaticamente.

9. CPF*: Informar o número do CPF corretamente (preenchimento obrigatório). Esse item não será obrigatório para algumas exceções, que são: estrangeiros, vulnerável e indígena (conforme decreto 9.723, de 11 de março de 2019).

Nome completo do(a) usuário(a)* (conforme decreto nº 8.727/2016 e portaria MS nº 1.820/2009)

10. Oficial: Nome completo conforme consta no documento de identificação oficial da pessoa.

11. Social: Nome pelo qual a pessoa travesti ou transexual se identifica e é socialmente reconhecida.

12. Preferência de identificação*: Deve ser indicado o nome pelo qual a pessoa travesti ou transexual prefere ser identificada.

13. Sexo*: Indicar o sexo designado no nascimento da pessoa.

37. Idade Gestacional*: Em caso de gravidez, informar o período em que a gestação se encontra, caso não se trate de gestação, marcar "5".

38. Motivo do exame*: Informar a justificativa para a solicitação. As orientações para o uso do teste de carga viral no diagnóstico da infecção pelo HBV podem ser acessadas no **Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais**. As orientações para os exames de acompanhamento da infecção crônica pelo HBV podem ser acessadas no **PCDT para a hepatite B e Coinfecções**. Ambos estão disponíveis em www.aids.gov.br.

39. Estágio da doença (CID)*: Estadiamento da infecção. As orientações para definir o estágio da doença estão disponíveis no **PCDT para a Hepatite B e Coinfecções**.

Frente

Verso



Governo do Estado de Mato Grosso
SES-Secretaria de Estado de Saúde

Secretaria Adjunta de Atenção e Vigilância em Saúde
Laboratório Central de Saúde Pública de Mato Grosso-LACEN/MT

MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR

Código: 1.1105 – MAC – 01

Data: 06/11/2025

Revisão: 00 **Página: 52/54**

ELABORADO/REVISADO POR:

Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos

VERIFICADO POR:
Klaucia Rodrigues Vasconcelos

APROVADO POR:
Elaine Cristina de Oliveira

Anexo IV - Ficha de Quantificação Viral da Hepatite C

SUS Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Doenças Crônicas e Infeções Sexualmente Transmissíveis		Formulário para Solicitação de Exame de Carga Viral do Vírus da Hepatite C	
DADOS DA INSTITUIÇÃO			
1. Instituição solicitante (carimbo padrão)*		2. CNES*	
3. Nome do profissional solicitante*		4. Registro do conselho profissional*	
5. Assinatura e Carimbo*		Conselho/UF/IN	
6. Data da solicitação*		7. CPF do profissional*	
INFORMAÇÕES BÁSICAS			
8. CNS do(a) paciente*		9. Nome completo do(a) usuário(a)*	
10. Oficial		11. Social	
12. Preferência de identificação*		13. Sexo*	
1. Oficial 2. Social		1. Feminino 2. Masculino	
14. Data de nascimento*		15. Raça/Cor*	
1. Branca 2. Preta 3. Amarela 4. Parda 5. Indígena 6. Não informado 7. Ignorada		16. Etnia*	
17. Nome da mãe*		18. Nacionalidade*	
19. Número da identidade		20. Logradouro*	
21. Número* 22. Complemento		23. Bairro* 24. Município* 25. Cód. IBGE 26. UF* 27. CEP*	
28. Telefone		29. País* 30. Prontuário 31. Gestante*	
()		32. Escolaridade (em anos)	
33. Nome do(a) responsável (se o(a) paciente for menor de idade ou incapaz)*		34. CPF do(a) responsável	
35. Código do procedimento		36. Nome do procedimento	
02.02.03.108-0 Quantificação de RNA do vírus da hepatite C			
DIAGNÓSTICO GERAL/DETALHES DO AGRAVO			
37. Idade gestacional*		38. Motivo do exame*	
1. 1º trimestre 2. 2º trimestre 3. 3º trimestre 4. Ignorado 5. Não se aplica		39. Estágio da doença (CID)*	
1. Diagnóstico 2. Avaliação pós-tratamento (RVS) 3. Suspeita de reinfecção		1. Hepatite C aguda (B17.1) 2. Hepatite C crônica (B18.2)	
LOCAL DA COLETA DA AMOSTRA			
40. Nome da instituição*		41. Data de coleta* 42. Hora da coleta*	
/ / :			
LABORATÓRIO EXECUTOR DO TESTE			
43. Nome da instituição*		44. CNES* 45. Data de recebimento* 46. Hora de recebimento*	
/ / :			
47. Solicitado do exame* 48. Identificador da amostra*		49. Responsável* 50. Data do resultado*	
/ / :		/ / :	
51. Material biológico*		52. Volume da amostra 53. Uf/ml 54. Log 55. Técnica*	

*Preenchimento obrigatório

Instrucional - Solicitação de Exame de Carga Viral do Vírus da Hepatite C

Os campos de preenchimento obrigatórios estão marcados com *.

8. CNS do(a) paciente*: Número do Cartão Nacional de Saúde do indivíduo, o correto preenchimento do CNS no formulário eletrônico do GAL permite que os campos de identificação do indivíduo sejam preenchidos automaticamente.

9. CPF*: Informar o número do CPF corretamente (preenchimento obrigatório). Esse item não será obrigatório para algumas exceções, que são: estrangeiros, vulnerável e indígena (conforme decreto 9.723, de 11 de março de 2019 Presidência da República).

Nome completo do(a) usuário(a)* (conforme decreto nº 8.727/2016 e portaria MS nº 1.820/2009).

10. Oficial: Nome completo conforme consta no documento de identificação oficial da pessoa.

11. Social: Nome pelo qual a pessoa travesti ou transexual se identifica e é socialmente reconhecida.

12. Preferência de identificação*: Deve ser indicado o nome pelo qual a pessoa travesti ou transexual prefere ser identificada.

13. Sexo*: Indicar o sexo designado no nascimento da pessoa.

37. Idade Gestacional*: Em caso de gravidez, informar o período em que a gestação se encontra, caso não se trate de gestação, marcar "5".

38. Motivo do exame*: Informar a justificativa para a solicitação. As orientações para o uso do teste de carga viral no diagnóstico da infecção pelo HCV podem ser acessadas no **Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais**. As orientações para os exames de acompanhamento da infecção crônica pelo HCV podem ser acessadas no **PCDT para a Hepatite C e Coinfecções**. Ambos estão disponíveis em www.aids.gov.br.

39. Estágio da doença (CID)*: Informar o estadiamento da infecção. As orientações para definir o estágio da doença estão disponíveis no **PCDT para a hepatite C e Coinfecções**.

Frente

Verso



MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR		Código: 1.1105 – MAC – 01
Data: 06/11/2025	Revisão: 00	Página: 53/54
ELABORADO/REVISADO POR: Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos	VERIFICADO POR: Klaucia Rodrigues Vasconcelos	APROVADO POR: Elaine Cristina de Oliveira

Anexo V - Ficha BPA 1 APAC

Quantificação de Ácido Nucleico – Carga Viral do HIV		
1. Instituição solicitante (carimbo/padrão)*	2. CNPJ	- / - / -
INFORMAÇÕES BÁSICAS		
Nome completo do usuário SUS*	5. Identificação do usuário SUS nos referentes	
3. Civil:	<input type="checkbox"/> 1-Civil <input type="checkbox"/> 2-Social	
4. Social:		
6. Data de Nascimento* / /	7. Sexo atribuído ao Nascimento* <input type="checkbox"/> 1-Masculino <input type="checkbox"/> 2-Feminino <input type="checkbox"/> 3-Intersexo	8. País* / /
10. UF* <input type="checkbox"/> 1-Maranhão <input type="checkbox"/> 2-Pernambuco <input type="checkbox"/> 3-Amapá <input type="checkbox"/> 4-Pe. do Pará <input type="checkbox"/> 5-Pará <input type="checkbox"/> 6-Não informado; <input type="checkbox"/> 7-Indigena - União <input type="checkbox"/> 8-Ignorado	11. Raca/Cor* <input type="checkbox"/> 1-Branco <input type="checkbox"/> 2-Pardo <input type="checkbox"/> 3-Amarelo <input type="checkbox"/> 4-Preto <input type="checkbox"/> 5-Indígena - União <input type="checkbox"/> 6-Não informado <input type="checkbox"/> 7-Descrevo	12. Número de Identidade / /
13. CPF* <input type="checkbox"/> 1-Negativo <input type="checkbox"/> 2-De 1 a 3 <input type="checkbox"/> 3-De 4 a 7 <input type="checkbox"/> 4-De 8 a 11 <input type="checkbox"/> 5-De 12 e mais; <input type="checkbox"/> 6-Não informado <input type="checkbox"/> 7-Descrevo	14. Endereçamento / /	15. Cartão Nacional de Saúde - CNS* / /
16. Contato* <input type="checkbox"/> S-Sim <input type="checkbox"/> N-Não	17. Idade Contatável* Semanas () -	18. Telefone do Usuário SUS / /
20. Nome do Responsável (se usuário SUS for menor de idade)	19. Prenome	
22. Nome da mãe* / /	23. Endereço do usuário SUS* / /	
25.Bairro* / /	26. CEP* / /	27. UF* / /
28. Cidade de residência do usuário SUS* / /	29. Cid. IBGE/Município / /	30. Cód. do Procedimento 02.02.03.107-1 Quantificação do RNA HIV-1
JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO/SOLICITAÇÃO		
31. Motiva pelo qual o exame está sendo solicitado?		
31.1. Monitoramento de pessoas que não estão em tratamento antiretroviral <input type="checkbox"/>	31.1. Monitoramento de pessoas que não estão em tratamento antiretroviral <input type="checkbox"/>	
31.2. Monitoramento de pessoas que estão em tratamento antiretroviral <input type="checkbox"/>	31.2. Monitoramento de pessoas que estão em tratamento antiretroviral <input type="checkbox"/>	
31.3. Diagnóstico <input type="checkbox"/>	31.2.1. Dois últimos CD4 > 350 cel/mm³? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
31.4. Investigação de infecção viral aguda pelo HIV <input type="checkbox"/>	31.2.2. Paciente sintomático? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
32. CD4 10 ⁶ / /	31.2.3. Carga Viral detectável? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
33. Nome do Profissional Solicitante* / /	34. Data da Solicitação / /	35. Assinatura e Carimbo* / /
36. Registro do Conselho Profissional* Conselho UF/Nº	37. Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante*	
LOCAL DE COLETA DA AMOSTRA		
38. Nome de instituição (Carimbo/Padrão)* / /	39. Data da coleta* / /	40. Hora da Coleta* / /
LABORATÓRIO EXECUTOR DO TESTE		
41. Nome de instituição (Carimbo Padrão) / /	42. CNES / /	43. Data do recebimento / /
44. Hora / /	45. Hora / /	46. Data do resultado / /
47. Responsável / /	48. Identificador da amostra / /	49. Condições de chegada da amostra 1-Amostra adequada, 2-Amostra hemolizada, 3-Amostra em frasco inadequado; 4-Amostra mal identificada ; <input type="checkbox"/> 5-Amostra mal acondicionada, 6-Amostra lipídica ; 7- Outros; 8- Solicietou de exames fora dos critérios do PCDF; <input type="checkbox"/> 9-Amostra 10-fermentada; 11-Amostra com material inadequado
50. Material Biológico / /	51. Quantidade de copias 52. Log / /	53. Volume da amostra / /
54. Técnica utilizada / /	55. Carga Viral HIV	

*Preenchimento obrigatório

<https://www.gov.br/ads/pt-br> (08/02/2023)

Laudo Médico para Emissão de BPA-1 Contagem de Linfócitos T CD4*		
1. Instituição solicitante (carimbo/padrão)*	2. CNPJ	- / - / -
INFORMAÇÕES BÁSICAS		
Nome completo do usuário SUS*	5. Identificação do usuário SUS nos referentes	
3. Civil:	<input type="checkbox"/> 1-Civil <input type="checkbox"/> 2-Social	
4. Social:		
6. Data de Nascimento* / /	7. Sexo atribuído ao Nascimento* <input type="checkbox"/> 1-Masculino <input type="checkbox"/> 2-Feminino <input type="checkbox"/> 3-Intersexo	8. País* / /
10. UF* <input type="checkbox"/> 1-Maranhão <input type="checkbox"/> 2-Pernambuco <input type="checkbox"/> 3-Amapá <input type="checkbox"/> 4-Pe. do Pará <input type="checkbox"/> 5-Pará <input type="checkbox"/> 6-Não informado; <input type="checkbox"/> 7-Indigena - União <input type="checkbox"/> 8-Ignorado	11. Raca/Cor* <input type="checkbox"/> 1-Branco <input type="checkbox"/> 2-Pardo <input type="checkbox"/> 3-Amarelo <input type="checkbox"/> 4-Preto <input type="checkbox"/> 5-Indígena - União <input type="checkbox"/> 6-Não informado <input type="checkbox"/> 7-Descrevo	12. Número de Identidade / /
13. CPF* <input type="checkbox"/> 1-Negativo <input type="checkbox"/> 2-De 1 a 3 <input type="checkbox"/> 3-De 4 a 7 <input type="checkbox"/> 4-De 8 a 11 <input type="checkbox"/> 5-De 12 e mais; <input type="checkbox"/> 6-Não informado <input type="checkbox"/> 7-Descrevo	14. Endereçamento / /	15. Cartão Nacional de Saúde - CNS* / /
16. Contato* <input type="checkbox"/> S-Sim <input type="checkbox"/> N-Não	17. Idade Contatável* Semanas () -	18. Telefone do Usuário SUS / /
20. Nome do Responsável (se usuário SUS for menor de idade)	19. Prenome	
22. Nome da mãe* / /	23. Endereço do usuário SUS* / /	
25.Bairro* / /	26. CEP* / /	27. UF* / /
28. Cidade de residência do usuário SUS* / /	29. Cid. IBGE/Município / /	30. Cód. do Procedimento 02.02.03.002-4 Contagem de Linfócitos T CD4* / CD8*
JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO/SOLICITAÇÃO		
31. Motiva pelo qual o exame está sendo solicitado?		
31.1. Monitoramento de pessoas que não estão em tratamento antiretroviral <input type="checkbox"/>	31.1. Monitoramento de pessoas que não estão em tratamento antiretoviral <input type="checkbox"/>	
31.2. Monitoramento de pessoas que estão em tratamento antiretroviral <input type="checkbox"/>	31.2. Monitoramento de pessoas que estão em tratamento antiretoviral <input type="checkbox"/>	
31.2.1. Dois últimos CD4 > 350 cel/mm³? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	31.2.2. Paciente sintomático? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
31.2.3. Carga Viral detectável? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	31.3. Avaliação de imunização e/o profilaxia para Infecção Oportuni	
32. CD4 10 ⁶ / /	33. Nome do Profissional Solicitante* / /	
34. Data da Solicitação / /	35. Assinatura e Carimbo* / /	
36. Registro do Conselho Profissional* Conselho UF/Nº	37. Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante*	
LOCAL DE COLETA DA AMOSTRA		
38. Nome de instituição (Carimbo Padrão)* / /	39. Data da coleta* / /	40. Hora da Coleta* / /
LABORATÓRIO EXECUTOR DO TESTE		
41. Nome de instituição (Carimbo Padrão) / /	42. CNES / /	43. Data do recebimento / /
44. Hora / /	45. Hora / /	46. Data do resultado / /
47. Responsável / /	48. Identificador da amostra / /	49. Condições de chegada da amostra 1-Amostra adequada, 2-Amostra hemolizada, 3-Amostra em frasco inadequado; 4-Amostra mal identificada ; <input type="checkbox"/> 5-Amostra mal acondicionada, 6-Amostra lipídica ; 7- Outros; 8- Solicietou de exames fora dos critérios do PCDF; <input type="checkbox"/> 9-Amostra 10-fermentada; 11-Amostra com material inadequado
50. Material Biológico / /	51. Cód. (valor absoluto) / /	52. CD8 (valor absoluto) / /
53. Mídia CD3 (valor absoluto) / /	54. Técnica utilizada / /	55. SANGUE TOTAL

*Preenchimento obrigatório

<https://www.gov.br/ads/pt-br> (08/02/2023)



Governo do Estado de Mato Grosso
SES-Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta de Atenção e Vigilância em Saúde
Laboratório Central de Saúde Pública de Mato Grosso-LACEN/MT

MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR		Código: 1.1105 – MAC – 01
Data: 06/11/2025	Revisão: 00	Página: 54/54
ELABORADO/REVISADO POR: Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos	VERIFICADO POR: Klaucia Rodrigues Vasconcelos	APROVADO POR: Elaine Cristina de Oliveira

EQUIPE TÉCNICA DE ELABORAÇÃO

Adriana Santarem Ferreira
Biologia Molecular

Dilma Larrea de Alencar
Recepção de Amostras da GAVE

Dayane Priscila Alves da Silva
Gerente da Qualidade e Biossegurança

Anna Giselle e Silva Souza Campos
Gerente de Análises de Vigilância Epidemiológica

APROVAÇÃO

Klaucia Rodrigues Vasconcelos
Coordenadora Técnica de Análises de Saúde Pública

Elaine Cristina de Oliveira
Diretora do LACEN-MT