



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: 2/65**

**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 Amstras Biológicas**

**13**





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: 3/65**

**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



|  |           |
|--|-----------|
| <b>10. Identificação das Amostras Biológicas</b>         | <b>16</b> |
| <b>11. Formas de Identificação dos Tubos</b>             | <b>17</b> |
| <b>12. Acondicionamento e Transporte</b>                 | <b>18</b> |
| <b>13. Critérios de Rejeição de Amostras</b>             | <b>19</b> |
| <b>14. Biologia Molecular</b>                            |           |
| 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

|  |   |   |
|--|---|---|
| <b>MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR</b>  |   | <b>Código: 1.1105 – MAC – 01</b>                    |
| <b>Data: 06/11/2025</b>  |   | <b>Revisão: 00</b> <b>Página: 4/65</b>              |
| <b>ELABORADO/REVISADO POR:</b><br>Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuiu; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos | <b>VERIFICADO POR:</b><br>Klaucia Rodrigues Vasconcelos | <b>APROVADO POR:</b><br>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**





|  |   |   |                     |
|--|---|---|---------------------|
| <b>MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR</b>  |   | <b>Código: 1.1105 – MAC – 01</b>                    |                     |
| <b>Data: 06/11/2025</b>  |   | <b>Revisão: 00</b>                                  | <b>Página: 5/65</b> |
| <b>ELABORADO/REVISADO POR:</b><br>Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos | <b>VERIFICADO POR:</b><br>Klaucia Rodrigues Vasconcelos | <b>APROVADO POR:</b><br>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



|  |   |   |
|--|---|---|
| <b>MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR</b>  |   | <b>Código: 1.1105 – MAC – 01</b>                    |
| <b>Data: 06/11/2025</b>  | <b>Revisão: 00</b>                                      | <b>Página: 6/65</b>                                 |
| <b>ELABORADO/REVISADO POR:</b><br>Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos | <b>VERIFICADO POR:</b><br>Klaucia Rodrigues Vasconcelos | <b>APROVADO POR:</b><br>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.





**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: 7/65

**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

|  |   |   |
|--|---|---|
| <b>MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR</b>  |   | <b>Código: 1.1105 – MAC – 01</b>                    |
| <b>Data: 06/11/2025</b>  | <b>Revisão: 00</b>                                      | <b>Página: 8/65</b>                                 |
| <b>ELABORADO/REVISADO POR:</b><br>Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos | <b>VERIFICADO POR:</b><br>Klaucia Rodrigues Vasconcelos | <b>APROVADO POR:</b><br>Elaine Cristina de Oliveira |

## 5. EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO COLETIVA– EPCS



**Exaustor**



**Chuveiros**



**Cabines de Segurança Biológica**



**Lava Olhos**



**Sinalizadores de Segurança**



**Extintores de Incêndio**



**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: 9/65**

**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

## 6. LAVAGEM DAS MÃOS

**01**

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

**02**

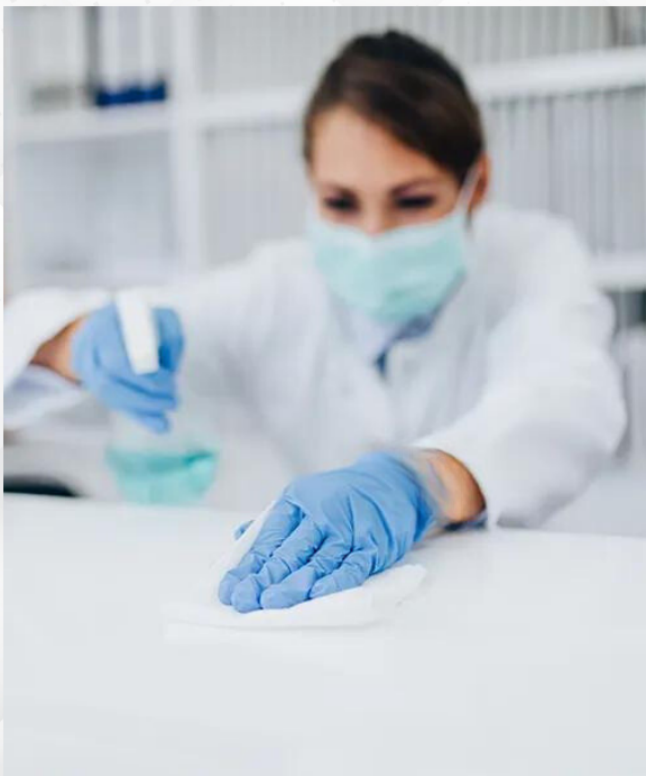
Lavar as mãos sempre ao iniciar o turno de trabalho; antes e após o uso de luvas; após a manipulação de material biológico e químico; sempre depois de ir ao banheiro; ao final das atividades e antes de deixar o laboratório.





|  |   |   |                      |
|--|---|---|----------------------|
| <b>MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR</b>  |   | <b>Código: 1.1105 – MAC – 01</b>                    |                      |
| <b>Data: 06/11/2025</b>  |   | <b>Revisão: 00</b>                                  | <b>Página: 10/65</b> |
| <b>ELABORADO/REVISADO POR:</b><br>Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos | <b>VERIFICADO POR:</b><br>Klaucia Rodrigues Vasconcelos | <b>APROVADO POR:</b><br>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.



|  |   |   |
|--|---|---|
| <b>MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR</b>  |   | <b>Código: 1.1105 – MAC – 01</b>                    |
| <b>Data: 06/11/2025</b>  | <b>Revisão: 00</b>                                      | <b>Página: 11/65</b>                                |
| <b>ELABORADO/REVISADO POR:</b><br>Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos | <b>VERIFICADO POR:</b><br>Klaucia Rodrigues Vasconcelos | <b>APROVADO POR:</b><br>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.





|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <b>MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR</b>  |  | Código: 1.1105 – MAC – 01                               |   |
| Data: 06/11/2025   |  | Revisão: 00   | Página: 12/65                                       |
| <b>ELABORADO/REVISADO POR:</b><br>Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos |  | <b>VERIFICADO POR:</b><br>Klaucia Rodrigues Vasconcelos | <b>APROVADO POR:</b><br>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).



|  |   |   |                      |
|--|---|---|----------------------|
| <b>MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR</b>  |   | <b>Código: 1.1105 – MAC – 01</b>                    |                      |
| <b>Data: 06/11/2025</b>  |   | <b>Revisão: 00</b>                                  | <b>Página: 13/65</b> |
| <b>ELABORADO/REVISADO POR:</b><br>Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos | <b>VERIFICADO POR:</b><br>Klaucia Rodrigues Vasconcelos | <b>APROVADO POR:</b><br>Elaine Cristina de Oliveira |                      |

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

01



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

02



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

03



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

04



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



|  |   |   |                      |
|--|---|---|----------------------|
| <b>MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR</b>  |   | <b>Código: 1.1105 – MAC – 01</b>                    |                      |
| <b>Data: 06/11/2025</b>  |   | <b>Revisão: 00</b>                                  | <b>Página: 14/65</b> |
| <b>ELABORADO/REVISADO POR:</b><br>Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos | <b>VERIFICADO POR:</b><br>Klaucia Rodrigues Vasconcelos | <b>APROVADO POR:</b><br>Elaine Cristina de Oliveira |                      |

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

05



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;

06



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

07



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;

08



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



|  |   |   |                      |
|--|---|---|----------------------|
| <b>MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR</b>  |   | <b>Código: 1.1105 – MAC – 01</b>                    |                      |
| <b>Data: 06/11/2025</b>  |   | <b>Revisão: 00</b>                                  | <b>Página: 15/65</b> |
| <b>ELABORADO/REVISADO POR:</b><br>Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos | <b>VERIFICADO POR:</b><br>Klaucia Rodrigues Vasconcelos | <b>APROVADO POR:</b><br>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, líquido (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.



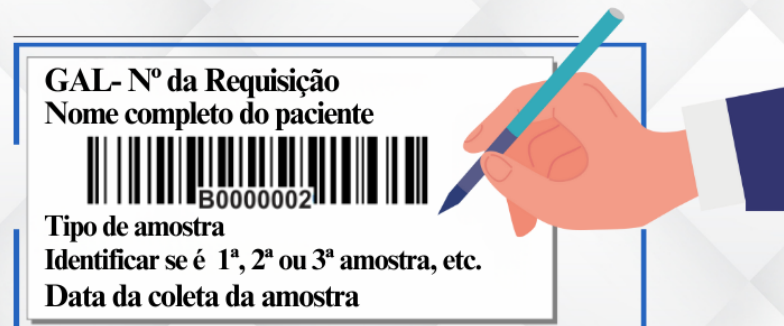
Governo do Estado de Mato Grosso  
SES-Secretaria de Estado de Saúde  
Secretaria Adjunta de Atenção e Vigilância em Saúde  
Laboratório Central de Saúde Pública de Mato Grosso-LACEN/MT

|  |   |   |                      |
|--|---|---|----------------------|
| <b>MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR</b>  |   | <b>Código: 1.1105 – MAC – 01</b>                    |                      |
| <b>Data: 06/11/2025</b>  |   | <b>Revisão: 00</b>                                  | <b>Página: 16/65</b> |
| <b>ELABORADO/REVISADO POR:</b><br>Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos | <b>VERIFICADO POR:</b><br>Klaucia Rodrigues Vasconcelos | <b>APROVADO POR:</b><br>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: 17/65**

**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.

Figura 02- Formas **INCORRETAS** de identificação.



Figura 01- Formas **CORRETAS** de identificação.





|  |   |   |
|--|---|---|
| <b>MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR</b>  |   | <b>Código: 1.1105 – MAC – 01</b>                    |
| <b>Data: 06/11/2025</b>  | <b>Revisão: 00</b>                                      | <b>Página: 18/65</b>                                |
| <b>ELABORADO/REVISADO POR:</b><br>Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos | <b>VERIFICADO POR:</b><br>Klaucia Rodrigues Vasconcelos | <b>APROVADO POR:</b><br>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 termino 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.





|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <b>MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR</b>  |  | <b>Código: 1.1105 – MAC – 01</b>                        |   |
| <b>Data: 06/11/2025</b>  |  | <b>Revisão: 00</b>                                      | <b>Página: 19/65</b>                                |
| <b>ELABORADO/REVISADO POR:</b><br>Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos |  | <b>VERIFICADO POR:</b><br>Klaucia Rodrigues Vasconcelos | <b>APROVADO POR:</b><br>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).





|  |  |   |
|--|--|---|
| <b>MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR</b>  |  | <b>Código: 1.1105 – MAC – 01</b>                        |
| <b>Data: 06/11/2025</b>  |  | <b>Revisão: 00</b> <b>Página: 20/65</b>                 |
| <b>ELABORADO/REVISADO POR:</b><br>Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos |  | <b>VERIFICADO POR:</b><br>Klaucia Rodrigues Vasconcelos |
|  |  | <b>APROVADO POR:</b><br>Elaine Cristina de Oliveira     |



## IMPORTANTE

GOVORNO 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

**PROTOCOLO DE RECEBIMENTO DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS E TRIATOMÍNEOS**    Código: 1.1108 - FOR 01

Data: 26/02/2024    Revisão: 04    Página: 1/1

Procedência: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Portador (a): \_\_\_\_\_  
Horário/chegada: \_\_\_\_\_ Horário/saída: \_\_\_\_\_  
Temperatura interna da caixa: \_\_\_\_\_ (02 a 08° C)

( ) Amostra biológica  
01 - ( ) Envio realizado corretamente.

Registramos a(s) seguinte(s) não conformidade(s) na conferência das amostras biológicas enviadas:

02 - ( ) Amostra biológica enviada sem ficha epidemiológica (GAL e/ou SINAN);  
03 - ( ) Amostra biológica enviada sem identificação no recipiente;  
04 - ( ) Amostra biológica colhida fora do prazo correto para diagnóstico solicitado;  
05 - ( ) Amostra biológica acondicionada inadequadamente (temperatura, recipientes);  
06 - ( ) Amostra imprópria para análise (infusão, hemolisada, etc.);  
07 - ( ) Amostra identificada inadequadamente (rasuras, sílaba de coleta, nome abreviado incompleto);  
08 - ( ) Amostras biológicas enviadas sem relatório do GAL (protocolo de entrega em duas vias);  
09 - ( ) Amostra biológica enviada sem cadastro no GAL e sem requisição impressa;  
10 - ( ) Análise suspensa temporariamente;  
11 - ( ) Análise não realizada no LACEN MT;  
12 - ( ) Divergência na identificação (no tubo e ficha epidemiológica);  
13 - ( ) Ficha epidemiológica com dados incompletos ou ilegíveis;  
14 - ( ) Ficha epidemiológica enviada sem a respectiva amostra;  
15 - ( ) Temperatura inadequada (fora do protocolo p/ o agravo solicitado);  
16 - ( ) Portador não aguardou conferência e recebimento das amostras;  
17 - ( ) Cadastro incorreto do agravo (Metodologia)  
18 - ( ) Outros: \_\_\_\_\_

Observação: \_\_\_\_\_

Para informações pesquisar em SES MT, Unidades de Saúde, LACEN, Manual de Coleta.  
R. G. 79 - Centro Público Administrativo, Cuiabá - MT, 78049 - 030  
E-mail: [procedimentos@lacen.mt.gov.br](mailto:procedimentos@lacen.mt.gov.br); [gestao@lacen.mt.gov.br](mailto:gestao@lacen.mt.gov.br)

Procedência: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Portador (a): \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
Horário/chegada: \_\_\_\_\_ Horário/saída: \_\_\_\_\_  
Ocorrência: \_\_\_\_\_

R. G. 79 - Centro Público Administrativo, Cuiabá - MT, 78049 - 030

Figura 03 – Protocolo de recebimento de amostra biológicas

As amostras biológicas seguirão os critérios estabelecidos de acordo com o formulário de recebimento de amostra (Figura 03).

No caso de ocorrência de não-conformidade, a amostra será reprovada e descartada no sistema GAL, juntamente com a justificativa do descarte. Amostras de carga viral CD4/CD8 será comunicado via e-mail SAE e/ou telefone do responsável técnico informando o motivo do descarte.

As fichas ficarão retidas no LACEN-MT no setor de recepção de amostra no prazo máximo de 60 dias.

Referente as lâminas entregues ao setor de Controle de Qualidade de Lâminas, seguirão como o critério o formulário descrito no protocolo de recebimento de lâminas para controle de qualidade.

GOVORNO 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

**PROTOCOLO DE RECEBIMENTO DE LÂMINAS PARA CONTROLE DE QUALIDADE**    Código: 1.1108 - FOR 02

Data: 04/07/2024    Revisão: 02    Página: 1/1

Procedência: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Portador (a): \_\_\_\_\_  
Horário/chegada: \_\_\_\_\_ Horário/saída: \_\_\_\_\_

( ) Tuberculose    ( ) Hanseníase    ( ) Leishmaniose    ( ) Malária/Chagas  
( ) Culiáceos    ( ) Lâminas citopatológicas de Colo de Útero

01 - ( ) Envio realizado corretamente.

Registramos a(s) seguinte(s) não conformidade(s) na conferência de Lâminas do Controle Qualidade enviadas:

02 - ( ) Lâminas de Tuberculose enviadas sem cadastro no sistema GAL;  
03 - ( ) Lâminas de Leishmaniose enviadas sem cadastro no sistema GAL;  
04 - ( ) Lâminas com cadastro no sistema GAL, mas sem a respectivas lâminas;  
05 - ( ) Lâminas enviadas com discrepância no cadastro no sistema GAL;  
06 - ( ) Lâminas de Hanseníase enviadas sem formulário ou relacionadas sem envio;  
07 - ( ) Lâminas de Malária enviadas sem formulário ou sem assinatura do profissional FOR-07/EP 308;  
08 - ( ) Lâminas enviadas sem relatório do GAL (protocolo de entrega em duas vias);  
09 - ( ) Lâminas quebradas;  
10 - ( ) Lâminas enviadas fora do prazo estipulado conforme protocolo;  
11 - ( ) Lâminas enviadas em desacordo com o protocolo de envio (encarte/Transporte);  
12 - ( ) Divergência na identificação das lâminas no cadastro ou formulário de envio;  
13 - ( ) Formulário de envio com dados incompletos, ilegíveis ou impróprios;  
14 - ( ) Lâminas sem identificação numérica, apenas o iniciais do nome ou legível;  
15 - ( ) Lâminas de Hanseníase enviadas que não constam no formulário de envio;  
16 - ( ) Lâminas de Hanseníase sem informação do resultado ou resultado impróprio;  
17 - ( ) Lâminas citopatológicas de colo de útero sem laudilista de exames emitida pelo SISCAN  
18 - ( ) Outros: \_\_\_\_\_

Para informações: <http://www.saude.mt.gov.br/unidade/laboratorio-central-de-saude-publica-de-mato-grosso/>  
Controle de Qualidade de Lâminas, selecionar o agravo.

R. G. 79 - Centro Público Administrativo, Cuiabá - MT, 78049 - 030  
E-mail: [procedimentos@lacen.mt.gov.br](mailto:procedimentos@lacen.mt.gov.br); [gestao@lacen.mt.gov.br](mailto:gestao@lacen.mt.gov.br)

**Lâminas para Controle de Qualidade**

Procedência: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Portador (a): \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
Horário/chegada: \_\_\_\_\_ Horário/saída: \_\_\_\_\_ Ocorrência: \_\_\_\_\_

R. G. 79 - Centro Público Administrativo, Cuiabá - MT, 78049 - 030

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

|  |   |   |                      |
|--|---|---|----------------------|
| <b>MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR</b>  |   | <b>Código: 1.1105 – MAC – 01</b>                    |                      |
| <b>Data: 06/11/2025</b>  |   | <b>Revisão: 00</b>                                  | <b>Página: 21/65</b> |
| <b>ELABORADO/REVISADO POR:</b><br>Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos | <b>VERIFICADO POR:</b><br>Klaucia Rodrigues Vasconcelos | <b>APROVADO POR:</b><br>Elaine Cristina de Oliveira |                      |

## REPRESENTANTES DOS SETORES

BIOLOGIA MOLECULAR



– Adriana Santarem Ferreira

RECEPÇÃO DE AMOSTRA



– Dilma Larrea de Alencar



# 14. Biologia Molecular



|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <b>MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR</b>  |  |   | <b>Código: 1.1105 – MAC – 01</b>                    |
| <b>Data: 06/11/2025</b>  |  | <b>Revisão: 00</b>                                      | <b>Página: 23/65</b>                                |
| <b>ELABORADO/REVISADO POR:</b><br>Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos |  | <b>VERIFICADO POR:</b><br>Klaucia Rodrigues Vasconcelos | <b>APROVADO POR:</b><br>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"><li>• 15°C à 30°C por até 24 horas;</li><li>• 2°C à 8°C por até 5 dias.</li></ul> | 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.<br><b>*CRITÉRIOS DE REJEIÇÃO DE AMOSTRAS:</b> |



|  |   |   |                      |
|--|---|---|----------------------|
| <b>MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR</b>  |   | <b>Código: 1.1105 – MAC – 01</b>                    |                      |
| <b>Data: 06/11/2025</b>  |   | <b>Revisão: 00</b>                                  | <b>Página: 24/65</b> |
| <b>ELABORADO/REVISADO POR:</b><br>Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos | <b>VERIFICADO POR:</b><br>Klaucia Rodrigues Vasconcelos | <b>APROVADO POR:</b><br>Elaine Cristina de Oliveira |                      |

## 14.1- VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (HIV)

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

**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-conteudo/publicacoes/2019/laudo-medico-para-emissao-de-bpa-i-quantificacao-de-acido-nucleico-2013-carga-viral-do-hiv/view>



|  |   |   |                                  |
|--|---|---|----------------------------------|
| <b>MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR</b>  |   |   | <b>Código: 1.1105 – MAC – 01</b> |
| <b>Data: 06/11/2025</b>  |   | <b>Revisão: 00</b>                                  | <b>Página: 25/65</b>             |
| <b>ELABORADO/REVISADO POR:</b><br>Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos | <b>VERIFICADO POR:</b><br>Klaucia Rodrigues Vasconcelos | <b>APROVADO POR:</b><br>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 Constatar 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 6ª e véspera de feriados, com exceção de amostras de recém-nascidos.**



|  |  |   |
|--|--|---|
| <b>MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR</b>  |  | <b>Código: 1.1105 – MAC – 01</b>                        |
| <b>Data: 06/11/2025</b>  |  | <b>Revisão: 00</b>                                      |
| <b>ELABORADO/REVISADO POR:</b><br>Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos |  | <b>VERIFICADO POR:</b><br>Klaucia Rodrigues Vasconcelos |
|  |  | <b>APROVADO POR:</b><br>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);<br><br>Após a coleta as amostras deverão ser | <ul style="list-style-type: none"><li>• 15°C a 30°C por até 24 horas;</li><li>• 2°C a 8°C por até 5 dias.</li></ul> | 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.<br><br><b>*CRITÉRIOS DE REJEIÇÃO DE AMOSTRAS:</b> |



|  |   |   |
|--|---|---|
| <b>MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR</b>  |   | <b>Código: 1.1105 – MAC – 01</b>                    |
| <b>Data: 06/11/2025</b>  | <b>Revisão: 00</b>                                      | <b>Página: 27/65</b>                                |
| <b>ELABORADO/REVISADO POR:</b><br>Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos | <b>VERIFICADO POR:</b><br>Klaucia Rodrigues Vasconcelos | <b>APROVADO POR:</b><br>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"><li>• Amostra hemolisada ou com fibrina;</li><li>• Amostra em tubo inadequado;</li><li>• Volume inadequado (maior ou menor do que a capacidade indica);</li><li>• Tubos e/ou fichas identificados incorretamente;</li><li>• Transporte em temperatura inadequada;</li><li>• Amostras não centrifugadas ou em rotação diferente;</li><li>• Exames sem cadastro no GAL;</li><li>• Recebimento de amostras fora do prazo pré-estabelecido.</li></ul> |
|--|--|--|--|---|

**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](https://www.gov.br/aids/pt-br/sistemas-de-informacao/gal/arquivos/form-solicitacao-cv-hbv_versao-08022023.pdf)



|  |   |   |
|--|---|---|
| <b>MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR</b>  |   | <b>Código: 1.1105 – MAC – 01</b>                    |
| <b>Data: 06/11/2025</b>  | <b>Revisão: 00</b>                                      | <b>Página: 28/65</b>                                |
| <b>ELABORADO/REVISADO POR:</b><br>Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos | <b>VERIFICADO POR:</b><br>Klaucia Rodrigues Vasconcelos | <b>APROVADO POR:</b><br>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](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.**



|  |   |   |
|--|---|---|
| <b>MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR</b>  |   | <b>Código: 1.1105 – MAC – 01</b>                    |
| <b>Data: 06/11/2025</b>  | <b>Revisão: 00</b>                                      | <b>Página: 29/65</b>                                |
| <b>ELABORADO/REVISADO POR:</b><br>Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos | <b>VERIFICADO POR:</b><br>Klaucia Rodrigues Vasconcelos | <b>APROVADO POR:</b><br>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. Separar o SORO e alíquotar de 1 a 2 mL em 2 criotubos</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 2º 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. | 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](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

|  |   |   |
|--|---|---|
| <b>MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR</b>  |   | <b>Código: 1.1105 – MAC – 01</b>                    |
| <b>Data: 06/11/2025</b>  | <b>Revisão: 00</b>                                      | <b>Página: 30/65</b>                                |
| <b>ELABORADO/REVISADO POR:</b><br>Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos | <b>VERIFICADO POR:</b><br>Klaucia Rodrigues Vasconcelos | <b>APROVADO POR:</b><br>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

|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <b>MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR</b>  |  | <b>Código: 1.1105 – MAC – 01</b>                        |   |
| <b>Data: 06/11/2025</b>  |  | <b>Revisão: 00</b>                                      | <b>Página: 31/65</b>                                |
| <b>ELABORADO/REVISADO POR:</b><br>Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos |  | <b>VERIFICADO POR:</b><br>Klaucia Rodrigues Vasconcelos | <b>APROVADO POR:</b><br>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  | <p><b>Período ideal da coleta:</b> A partir do 6º (sexto) dia do início dos sintomas;</p> <p>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.</p> <p>Coletar sangue em tubo de 10ml seco sem anticoagulante (adulto) ou de 5ml (criança), <b>preferencialmente em tubo com gel separador.</b></p> <p><b>Obs.:</b> Em caso de tubo primário deve ser transferido o soro ou plasma para um criotubo.</p> <p>Separar o soro ou plasma e aliquotar de 2 a 5 ml em 2 tubos</p> | 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.<br><br>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](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

|  |   |   |                      |
|--|---|---|----------------------|
| <b>MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR</b>  |   | <b>Código: 1.1105 – MAC – 01</b>                    |                      |
| <b>Data: 06/11/2025</b>  |   | <b>Revisão: 00</b>                                  | <b>Página: 32/65</b> |
| <b>ELABORADO/REVISADO POR:</b><br>Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos | <b>VERIFICADO POR:</b><br>Klaucia Rodrigues Vasconcelos | <b>APROVADO POR:</b><br>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.



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

|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <b>MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR</b>  |  | <b>Código: 1.1105 – MAC – 01</b>                        |   |
| <b>Data: 06/11/2025</b>  |  | <b>Revisão: 00</b>                                      | <b>Página: 33/65</b>                                |
| <b>ELABORADO/REVISADO POR:</b><br>Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos |  | <b>VERIFICADO POR:</b><br>Klaucia Rodrigues Vasconcelos | <b>APROVADO POR:</b><br>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%.<br><br>Aspiração com bronquinho/Argile, usando aparelho de inspiração. | Aspirado de nasofaringe (ANF) 3 ml. | - <b>Coleta de Secreção</b> 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;<br>Colher de 2 a 3 mL de secreção nasofaringe, com sonda acoplada à um coletor<br><br>- <b>Bronquinho/Argile</b> , usando um aparelho de aspiração;<br>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;<br>Evitar formação de aerossóis; | 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.<br><br>Em caso do 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

|  |   |   |                      |
|--|---|---|----------------------|
| <b>MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR</b>  |   | <b>Código: 1.1105 – MAC – 01</b>                    |                      |
| <b>Data: 06/11/2025</b>  |   | <b>Revisão: 00</b>                                  | <b>Página: 34/65</b> |
| <b>ELABORADO/REVISADO POR:</b><br>Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos | <b>VERIFICADO POR:</b><br>Klaucia Rodrigues Vasconcelos | <b>APROVADO POR:</b><br>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](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.



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

|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <b>MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR</b>  |  | <b>Código: 1.1105 – MAC – 01</b>                        |   |
| <b>Data: 06/11/2025</b>  |  | <b>Revisão: 00</b>                                      | <b>Página: 35/65</b>                                |
| <b>ELABORADO/REVISADO POR:</b><br>Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos |  | <b>VERIFICADO POR:</b><br>Klaucia Rodrigues Vasconcelos | <b>APROVADO POR:</b><br>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).<br>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.<br>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

|  |   |   |                      |
|--|---|---|----------------------|
| <b>MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR</b>  |   | <b>Código: 1.1105 – MAC – 01</b>                    |                      |
| <b>Data: 06/11/2025</b>  |   | <b>Revisão: 00</b>                                  | <b>Página: 36/65</b> |
| <b>ELABORADO/REVISADO POR:</b><br>Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos | <b>VERIFICADO POR:</b><br>Klaucia Rodrigues Vasconcelos | <b>APROVADO POR:</b><br>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. |  |  |
| <b>TEMPO DE LIBERAÇÃO DE RESULTADO:</b> Histopatológico (em caso de óbito): 15 a 30 dias úteis após a chegada e triagem da amostra no LACEN-MT.  |  |   |  |  |
| <b>Formulário Requerido:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Formulário clínico laboratorial do paciente devidamente preenchido;</li><li>▪ Ficha do SINAN (disponível em <a href="http://www.portalsinan.saude.gov.br/">http://www.portalsinan.saude.gov.br/</a>);</li><li>▪ Resumo do histórico clínico;</li><li>▪ Cópia do laudo preliminar ou conclusivo da necropsia, em caso de óbito;</li><li>▪ Ficha de Requisição do GAL impressa;</li></ul>   |  |   |  |  |
| <b>Dados Imprescindíveis que devem Constatar no Formulário:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ 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.</li></ul> |  |   |  |  |



|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <b>MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR</b>  |  | <b>Código: 1.1105 – MAC – 01</b>                        |   |
| <b>Data: 06/11/2025</b>  |  | <b>Revisão: 00</b>                                      | <b>Página: 37/65</b>                                |
| <b>ELABORADO/REVISADO POR:</b><br>Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos |  | <b>VERIFICADO POR:</b><br>Klaucia Rodrigues Vasconcelos | <b>APROVADO POR:</b><br>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, <b>SEM líquido conservante</b> , uma vez que os <i>Poxvirus</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. |



|  |   |   |                      |
|--|---|---|----------------------|
| <b>MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR</b>  |   | <b>Código: 1.1105 – MAC – 01</b>                    |                      |
| <b>Data: 06/11/2025</b>  |   | <b>Revisão: 00</b>                                  | <b>Página: 38/65</b> |
| <b>ELABORADO/REVISADO POR:</b><br>Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos | <b>VERIFICADO POR:</b><br>Klaucia Rodrigues Vasconcelos | <b>APROVADO POR:</b><br>Elaine Cristina de Oliveira |                      |

## 14.6- MONKEYPOX (MPOX)

|  |  |                  |  |  |  |
|--|--|------------------|--|--|--|
|  |  |                  | puncionar com seringa conteúdo da lesão, mas prefere-se o swab para evitar a manipulação de perfurocortantes.  |  |  |
|  |  | Crosta de Lesão. | Quando há necessidade de realizar a 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 carga viral é maior. Maiores informações consultar o vídeo no <i>you tube</i> por meio do link:<br><a href="https://youtu.be/r2cGli51_Wc?si=gvfFHemXVJVFeaEM">https://youtu.be/r2cGli51_Wc?si=gvfFHemXVJVFeaEM</a> | As crostas devem ser armazenadas em frascos limpos <b>SEM líquido</b> 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:



|  |   |   |                      |
|--|---|---|----------------------|
| <b>MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR</b>  |   | <b>Código: 1.1105 – MAC – 01</b>                    |                      |
| <b>Data: 06/11/2025</b>  |   | <b>Revisão: 00</b>                                  | <b>Página: 39/65</b> |
| <b>ELABORADO/REVISADO POR:</b><br>Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos | <b>VERIFICADO POR:</b><br>Klaucia Rodrigues Vasconcelos | <b>APROVADO POR:</b><br>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 deixa de preencher estas datas, pois elas influenciam o diagnóstico laboratorial;
- Preencher corretamente o nome da unidade de saúde solicitante;
- Assinatura e carimbo.



|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <b>MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR</b>  |  | <b>Código: 1.1105 – MAC – 01</b>                        |   |
| <b>Data: 06/11/2025</b>  |  | <b>Revisão: 00</b>                                      | <b>Página: 40/65</b>                                |
| <b>ELABORADO/REVISADO POR:</b><br>Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos |  | <b>VERIFICADO POR:</b><br>Klaucia Rodrigues Vasconcelos | <b>APROVADO POR:</b><br>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.<br>Coletar dois tubos de sangue com gel separador, 4 mL.<br>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.<br>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;



|  |   |   |                      |
|--|---|---|----------------------|
| <b>MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR</b>  |   | <b>Código: 1.1105 – MAC – 01</b>                    |                      |
| <b>Data: 06/11/2025</b>  |   | <b>Revisão: 00</b>                                  | <b>Página: 41/65</b> |
| <b>ELABORADO/REVISADO POR:</b><br>Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos | <b>VERIFICADO POR:</b><br>Klaucia Rodrigues Vasconcelos | <b>APROVADO POR:</b><br>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.



|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <b>MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR</b>  |  | <b>Código: 1.1105 – MAC – 01</b>                        |   |
| <b>Data: 06/11/2025</b>  |  | <b>Revisão: 00</b>                                      | <b>Página: 42/65</b>                                |
| <b>ELABORADO/REVISADO POR:</b><br>Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos |  | <b>VERIFICADO POR:</b><br>Klaucia Rodrigues Vasconcelos | <b>APROVADO POR:</b><br>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 centrifuga 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 alíquotar de 1 a 2 mL em 2 criotubos</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. | 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:**



|  |   |   |                      |
|--|---|---|----------------------|
| <b>MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR</b>  |   | <b>Código: 1.1105 – MAC – 01</b>                    |                      |
| <b>Data: 06/11/2025</b>  |   | <b>Revisão: 00</b>                                  | <b>Página: 43/65</b> |
| <b>ELABORADO/REVISADO POR:</b><br>Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos | <b>VERIFICADO POR:</b><br>Klaucia Rodrigues Vasconcelos | <b>APROVADO POR:</b><br>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.



|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <b>MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR</b>  |  | <b>Código: 1.1105 – MAC – 01</b>                        |   |
| <b>Data: 06/11/2025</b>  |  | <b>Revisão: 00</b>                                      | <b>Página: 44/65</b>                                |
| <b>ELABORADO/REVISADO POR:</b><br>Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos |  | <b>VERIFICADO POR:</b><br>Klaucia Rodrigues Vasconcelos | <b>APROVADO POR:</b><br>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, tipo Rayon;<br><b>Tubo seco</b> , tipo Falcon, estéril, com capacidade para 15 mL. | Secreção de nasofaringe | <b>Coleta de Secreção Nasofaringe por aspiração com Bronquinho (aparelho de aspiração):</b> No caso de secreções espessas, recomenda-se proceder à nebulização ou intilação de gotas de solução fisiológica estéril 0,9%, em ambas as narinas, a fim de promover fluidez do muco para facilitar a aspiração. Colher de 2 a 3 mL de secreção da nasofaringe, com sonda acoplada à um colete, coletado até o 5º dia do início dos sintomas.<br><br>Caso o volume da secreção seja inferior ao necessário, completá-lo lavando a sonda com solução fisiológica estéril a 0,9% até completar os 3 mL. | O material deve permanecer refrigerado entre 2°C e 8°C por até 24h, período em que deve ser encaminhado ao LACEN-MT. Caso não seja possível o envio nesse período mantê-lo em freezer (-20°C). E encaminhá-lo ao laboratório o mais rápido possível. | Acondicionar a amostra em caixa térmica contendo gelo reciclável suficiente para garantir temperatura entre 2°C e 8°C por um período de até 12h. Em caso de não envio nesse período, utilizar gelo seco. |



|  |   |   |                      |
|--|---|---|----------------------|
| <b>MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR</b>  |   | <b>Código: 1.1105 – MAC – 01</b>                    |                      |
| <b>Data: 06/11/2025</b>  |   | <b>Revisão: 00</b>                                  | <b>Página: 45/65</b> |
| <b>ELABORADO/REVISADO POR:</b><br>Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos | <b>VERIFICADO POR:</b><br>Klaucia Rodrigues Vasconcelos | <b>APROVADO POR:</b><br>Elaine Cristina de Oliveira |                      |

## 14.9- COQUELUCHE

**Coleta nasal com swab:** Inclinara cabeça do paciente para trás e inserir o swab na cavidade nasal; Friccionar gentilmente o swab contra as paredes da narina, girando em torno de 5 vezes, para coletar a secreção do nariz; Repetir o processo com outro swab na outra narina; Remover o swab e inserir no tubo.

**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](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;



|  |   |   |
|--|---|---|
| <b>MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR</b>  |   | <b>Código: 1.1105 – MAC – 01</b>                    |
| <b>Data: 06/11/2025</b>  | <b>Revisão: 00</b>                                      | <b>Página: 46/65</b>                                |
| <b>ELABORADO/REVISADO POR:</b><br>Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos | <b>VERIFICADO POR:</b><br>Klaucia Rodrigues Vasconcelos | <b>APROVADO POR:</b><br>Elaine Cristina de Oliveira |

## 14.10- SARAMPO E RUBÉOLA

| TIPO DE ANÁLISE | MATERIAL PARA COLETA   | TIPO DE AMOSTRA  | PROCEDIMENTO DE COLETA   | ARMAZENAMENTO E CONSERVAÇÃO   | ACONDICIONAMENTO E TRANSPORTE   |
|-----------------|--|--|--|---|---|
| RT-PCR          | Amostras em tubo Falcon (tubo primário); Swabs, tipo Rayon, em meio de transporte Hanks ou solução salina estéril; e/ou um coletor com amostra de urina. | Três swabs (um de cada narina + um de orofaringe), coletado entre o 1º e o 7º dia do início dos exantemas; Urina, preferencialmente a 1ª da manhã, coletada entre o 1º e o 7º dia do início dos exantemas. | <p>O profissional deve está devidamente paramentado com os EPIs necessários;</p> <p><b>Coleta nasal:</b> Inclinar a cabeça do paciente para trás e inserir o swab na cavidade nasal; Friccionar gentilmente o swab contra as paredes da narina, girando em torno de 5 vezes, para coletar a secreção do nariz; Repetir o processo com outro swab na outra narina; Remover o swab e inserir no tubo.</p> <p><b>Coleta de orofaringe:</b> Solicitar que o paciente abra a boca, use um abaixador de língua e procure a área com hiperemia e insira o swab estéril nessa região das amígdalas e faringe superior fazendo movimentos de esfregaço, evitando tocar na língua e na mucosa bucal;</p> <p>Os três swabs devem vir acondicionados no mesmo tubo Falcon.</p> <p><b>Coleta de urina:</b> Pedir para o paciente realizar a higiene íntima, desprezar o primeiro jato e coletar o jato médio em frasco estéril. A coleta deve ser preferencialmente a primeira da manhã, caso não seja possível, a urina deve ficar retida na bexiga entre 2 a 4 horas.</p> | <p>O material deve permanecer refrigerado entre 2°C e 8°C por até 24h, período em que deve ser encaminhado ao LACEN-MT. Caso não seja possível o envio nesse período mantê-lo em freezer (-20°C). E encaminhá-lo ao laboratório o mais rápido possível.</p> | <p>Acondicionar a amostra em caixa térmica contendo gelo reciclável suficiente para garantir temperatura entre 2°C e 8°C por um período de até 12h. Em caso de não envio nesse período, utilizar gelo seco.</p> |



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

|  |   |   |                      |
|--|---|---|----------------------|
| <b>MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR</b>  |   | <b>Código: 1.1105 – MAC – 01</b>                    |                      |
| <b>Data: 06/11/2025</b>  |   | <b>Revisão: 00</b>                                  | <b>Página: 47/65</b> |
| <b>ELABORADO/REVISADO POR:</b><br>Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos | <b>VERIFICADO POR:</b><br>Klaucia Rodrigues Vasconcelos | <b>APROVADO POR:</b><br>Elaine Cristina de Oliveira |                      |

## 14.10- SARAMPO E RUBÉOLA

|   |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|
|   |  |  |  |  |  |
| <b>TEMPO DE LIBERAÇÃO DE RESULTADO:</b> 03 dias úteis após a chegada e triagem da amostra no LACEN-MT.  |  |  |  |  |  |
| <b>Formulário Requerido:</b>  |  |  |  |  |  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Formulário clínico laboratorial do paciente devidamente preenchido;</li><li>▪ Ficha de notificação no Data SUS ( <a href="https://datasus.saude.gov.br/wp-content/uploads/2020/10/Ficha-COVID-19-05_10_20_rev.pdf">https://datasus.saude.gov.br/wp-content/uploads/2020/10/Ficha-COVID-19-05_10_20_rev.pdf</a> );</li><li>▪ Resumo do histórico clínico;</li><li>▪ Cópia do laudo preliminar ou conclusivo da necropsia, em caso de óbito;</li></ul> Ficha de Requisição do GAL impressa; |  |  |  |  |  |
| <b>Dados Imprescindíveis que devem Constar no Formulário:</b><br>Nome do paciente; Data do nascimento; Sexo; Município de residência/UF; Natureza da amostra; Data da coleta.   |  |  |  |  |  |



|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <b>MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR</b>  |  | <b>Código: 1.1105 – MAC – 01</b>                        |   |
| <b>Data: 06/11/2025</b>  |  | <b>Revisão: 00</b>                                      | <b>Página: 48/65</b>                                |
| <b>ELABORADO/REVISADO POR:</b><br>Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos |  | <b>VERIFICADO POR:</b><br>Klaucia Rodrigues Vasconcelos | <b>APROVADO POR:</b><br>Elaine Cristina de Oliveira |

## 14.12- LEPTOSPIROSE

| TIPO DE ANÁLISE | MATERIAL PARA COLETA        | TIPO DE AMOSTRA | PROCEDIMENTO DE COLETA   | ARMAZENAMENTO E CONSERVAÇÃO   | ACONDICIONAMENTO E TRANSPORTE   |
|-----------------|-----------------------------|-----------------|--|---|---|
| RT-PCR          | Tubo contendo gel separador | Soro / Plasma   | <p>Geralmente não é necessário jejum absoluto, no entanto, recomenda-se dieta leve para evitar lipemia (excesso de gordura no sangue), que pode interferir na análise. Informar ao laboratório o uso de medicamentos nos últimos 7 dias.</p> <p>A coleta deve ser realizada por venopunção (veia do braço), em tubo sem anticoagulante com gel separador.</p> <p>Observações: são necessárias duas coletas. A primeira deve ser realizada até o 7º dia dos sintomas e antes de iniciar o uso de antibiótico. A segunda deve ser coletada do 10º ao 14º dia após a primeira coleta. Pode estar em uso de antibiótico.</p> | <p>O material deve permanecer refrigerado entre 2°C e 8°C por até 48h, período em que deve ser encaminhado ao LACEN-MT. Caso não seja possível o envio nesse período mantê-lo em freezer (-20°C). E encaminhá-lo ao laboratório o mais rápido possível.</p> | <p>Acondicionar a amostra em caixa térmica contendo gelo reciclável suficiente para garantir temperatura entre 2°C e 8°C por um período de até 12h. Em caso de não envio nesse período, utilizar gelo seco.</p> |

**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

|  |   |   |                      |
|--|---|---|----------------------|
| <b>MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR</b>  |   | <b>Código: 1.1105 – MAC – 01</b>                    |                      |
| <b>Data: 06/11/2025</b>  |   | <b>Revisão: 00</b>                                  | <b>Página: 49/65</b> |
| <b>ELABORADO/REVISADO POR:</b><br>Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos | <b>VERIFICADO POR:</b><br>Klaucia Rodrigues Vasconcelos | <b>APROVADO POR:</b><br>Elaine Cristina de Oliveira |                      |

## 14.12- LEPTOSPIROSE

- 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](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.



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

### 14.13- HANSENÍASE

| TIPO DE ANÁLISE  | MATERIAL PARA COLETA   | TIPO DE AMOSTRA   | PROCEDIMENTO DE COLETA   | ARMAZENAMENTO E CONSERVAÇÃO   | ACONDICIONAMENTO E TRANSPORTE  |
|--|--|---|--|---|--|
| RT-PCR<br><br>Segundo a nota técnica nº 59/2024 - CGLAB/SVSA/MS, a técnica de PCR é para <b>uso exclusivo na investigação de contatos</b> de casos de hanseníase | Bisturi descartável (lâmina nº 11 ou 15);<br><br>Álcool 70% ou 70°GL; Microtubo estéril (tipo eppendorf) | Biópsia de pele ou nervo do local da lesão, preferencialmente com punch 6 mm. | Limpar o local da coleta com álcool 70%;<br><br>Realizar um pequeno corte (incisão) na pele, com cerca de 5 mm de comprimento e 2 mm de profundidade;<br><br>O material coletado é transferido para um frasco apropriado (estéril contendo álcool 70%);<br><br>Limpar o local da punção com algodão seco para conter qualquer sangramento. | Recomenda-se a preservação das amostras em álcool a 70°GL ou 70% para <b>transporte em temperatura ambiente. Em hipótese alguma deve-se colocar o fragmento de pele destinado à análise por técnicas de biologia molecular em formol (formalina 10%).</b><br><br>Encaminhar ao LACEN-MT de modo que chegue em até 24 horas no laboratório. Caso não seja possível o envio nesse período armazenar em geladeira entre 2°C e 8°C. Encaminhá-lo ao laboratório o mais rápido possível. | Acondicionar a amostra em caixa térmica contendo gelo reciclável suficiente para garantir temperatura entre 2°C e 8°C por um período de até 12h. Em caso de não envio nesse período, utilizar gelo seco. |
| <b>TEMPO DE LIBERAÇÃO DE RESULTADO:</b> 03 dias úteis após a chegada e triagem da amostra no LACEN-MT.   |  |   |  |   |  |
| <b>Formulário Requerido:</b>   |  |   |  |   |  |



|  |   |   |                      |
|--|---|---|----------------------|
| <b>MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR</b>  |   | <b>Código: 1.1105 – MAC – 01</b>                    |                      |
| <b>Data: 06/11/2025</b>  |   | <b>Revisão: 00</b>                                  | <b>Página: 51/65</b> |
| <b>ELABORADO/REVISADO POR:</b><br>Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos | <b>VERIFICADO POR:</b><br>Klaucia Rodrigues Vasconcelos | <b>APROVADO POR:</b><br>Elaine Cristina de Oliveira |                      |

### 14.13- HANSENÍASE

- 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](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.



|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <b>MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR</b>  |  | <b>Código: 1.1105 – MAC – 01</b>                        |   |
| <b>Data: 06/11/2025</b>  |  | <b>Revisão: 00</b>                                      | <b>Página: 52/65</b>                                |
| <b>ELABORADO/REVISADO POR:</b><br>Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos |  | <b>VERIFICADO POR:</b><br>Klaucia Rodrigues Vasconcelos | <b>APROVADO POR:</b><br>Elaine Cristina de Oliveira |

### 14.14- LINFÓCITOS T CD3/CD4/CD8/CD45

| TIPO DE ANÁLISE  | MATERIAL PARA COLETA                        | TIPO DE AMOSTRA   | PROCEDIMENTO DE COLETA   | ARMAZENAMENTO E CONSERVAÇÃO  | ACONDICIONAMENTO E TRANSPORTE  |
|--|---|---|--|--|--|
| Contagem de linfócitos TCD4, TCD8, TCD3 e TCD45 por citometria de fluxo. | Tubo contendo anticoagulante EDTA K2 ou K3. | Sangue total em tubo contendo anticoagulante EDTA K2 ou K3. | <p>Geralmente não é necessário jejum absoluto, no entanto, recomenda-se dieta leve para evitar lipemia (excesso de gordura no sangue), que pode interferir na análise. Recomenda-se também que a realização da coleta seja sempre no mesmo horário, visto que há variação do número de linfócitos no decorrer do dia; evitar o consumo de bebida alcoólica nas 24h que antecedem o exame e informar ao laboratório o uso de medicamentos imunossupressores nos últimos 7 dias.</p> <p>A coleta deve ser realizada por venopunção (veia do braço), em tubo com anticoagulante EDTA (tampa roxa) para preservar a integridade das células. Após a coleta, o tubo deve ser invertido suavemente de 8 a 10 vezes para garantir a mistura do sangue com o anticoagulante e prevenir a coagulação.</p> <p>Volume ideal para adultos: 5 mL<br/>Volume ideal para crianças: entre 2 e 3 mL</p> | O material deve permanecer a temperatura ambiente, entre 20°C e 25°C por até 24h, período em que deve ser encaminhado ao LACEN-MT. <b>O material não pode ser congelado.</b> | <p>Certifique-se que os tubos estão bem vedados;</p> <p>Acondicione as amostras de forma vertical, em estantes plásticas para não ocorrer risco de derramamento e evitar ao máximo agitação, contribuindo para evitar hemólise das amostras, em seguida coloque a estante com os tubos em saco plástico para então armazenar na caixa térmica contendo gelo reciclável, se necessário, suficiente para garantir temperatura entre 20°C e 25°C por um período de até 12h. <b>Observar a quantidade de gelo na caixa térmica pois o material não pode atingir baixas temperaturas nem ser congelado.</b></p> |

**TEMPO DE LIBERAÇÃO DE RESULTADO:** 03 dias úteis após a chegada e triagem da amostra no 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

|  |   |   |                      |
|--|---|---|----------------------|
| <b>MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR</b>  |   | <b>Código: 1.1105 – MAC – 01</b>                    |                      |
| <b>Data: 06/11/2025</b>  |   | <b>Revisão: 00</b>                                  | <b>Página: 53/65</b> |
| <b>ELABORADO/REVISADO POR:</b><br>Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos | <b>VERIFICADO POR:</b><br>Klaucia Rodrigues Vasconcelos | <b>APROVADO POR:</b><br>Elaine Cristina de Oliveira |                      |

## 14.14- LINFÓCITOS T CD3/CD4/CD8/CD45

### 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](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.



|  |  |   |
|--|--|---|
| <b>MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR</b>  |  | <b>Código: 1.1105 – MAC – 01</b>                        |
| <b>Data: 06/11/2025</b>  |  | <b>Revisão: 00</b>                                      |
| <b>ELABORADO/REVISADO POR:</b><br>Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos |  | <b>VERIFICADO POR:</b><br>Klaucia Rodrigues Vasconcelos |
|  |  | <b>APROVADO POR:</b><br>Elaine Cristina de Oliveira     |
| <b>Página: 54/65</b>   |  |   |

## 14.15- MENINGITE

| TIPO DE ANÁLISE | MATERIAL PARA COLETA                | TIPO DE AMOSTRA | PROCEDIMENTO DE COLETA  | ARMAZENAMENTO E CONSERVAÇÃO  | ACONDICIONAMENTO E TRANSPORTE  |
|-----------------|-------------------------------------|-----------------|---|--|--|
| RT-PCR          | Tubo de coleta estéril sem aditivo. | Líquor / soro   | <p><b>Líquor:</b> coleta realizada pelo médico na região lombar</p> <p><b>Soro:</b> Geralmente não é necessário jejum absoluto, no entanto, recomenda-se dieta leve para evitar lipemia (excesso de gordura no sangue), que pode interferir na análise. Informar ao laboratório o uso de medicamentos nos últimos 7 dias.</p> <p>A coleta deve ser realizada por venopunção (veia do braço), em tubo estéril sem aditivo, até o 7º dia do início dos sintomas e antes do início do tratamento com antibióticos.</p> | O material deve permanecer refrigerado entre 2°C e 8°C por até 24h, período em que deve ser encaminhado ao LACEN-MT. Caso não seja possível o envio nesse período mantê-lo em freezer (-20°C). E encaminhá-lo ao laboratório o mais rápido possível. | Acondicionar a amostra em caixa térmica contendo gelo reciclável suficiente para garantir temperatura entre 2°C e 8°C por um período de até 12h. Em caso de não envio nesse período, utilizar gelo seco. |

**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](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.



|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <b>MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR</b>  |  | <b>Código: 1.1105 – MAC – 01</b>                        |   |
| <b>Data: 06/11/2025</b>  |  | <b>Revisão: 00</b>                                      | <b>Página: 55/65</b>                                |
| <b>ELABORADO/REVISADO POR:</b><br>Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos |  | <b>VERIFICADO POR:</b><br>Klaucia Rodrigues Vasconcelos | <b>APROVADO POR:</b><br>Elaine Cristina de Oliveira |

## 14.16- ROTAVÍRUS E NOROVÍRUS

| TIPO DE ANÁLISE | MATERIAL PARA COLETA | TIPO DE AMOSTRA  | PROCEDIMENTO DE COLETA  | ARMAZENAMENTO E CONSERVAÇÃO  | ACONDICIONAMENTO E TRANSPORTE  |
|-----------------|----------------------|--|---|--|--|
| RT-PCR          | Coletor estéril      | Fezes líquidas ou semi pastosa <i>in natura</i> , coletadas até o 7º dia do início dos sintomas, sendo o ideal até o 5º dia. | <b>Coleta para bebês e crianças com fralda:</b> Utilize uma fralda de cabeça para baixo ou forre a fralda com um plástico para evitar a absorção das fezes (pois o gel da fralda compromete o teste).<br><b>Coleta para crianças com controle e adultos:</b> Utilize um “chapéu” de coleta, um penico limpo ou plástico filme esticado entre o assento e o vaso para receber as fezes.<br><b>Transferência:</b> Com a pá que acompanha o frasco, colete cerca de 2 a 8 gramas de fezes (aproximadamente o tamanho de 2 polegadas) e coloque no frasco.<br><br>A amostra das fezes não deve ser contaminada com urina. | O material deve permanecer refrigerado entre 2°C e 8°C por até 24h, período em que deve ser encaminhado ao LACEN-MT. Caso não seja possível o envio nesse período mantê-lo em freezer (-20°C). E encaminhá-lo ao laboratório o mais rápido possível. | Acondicionar a amostra em caixa térmica contendo gelo reciclável suficiente para garantir temperatura entre 2°C e 8°C por um período de até 12h. Em caso de não envio nesse período, utilizar gelo seco. |

**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](https://datasus.saude.gov.br/wp-content/uploads/2020/10/Ficha-COVID-19-05_10_20_rev.pdf) );
- Resumo do histórico clínico;



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

|  |   |   |                      |
|--|---|---|----------------------|
| <b>MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR</b>  |   | <b>Código: 1.1105 – MAC – 01</b>                    |                      |
| <b>Data: 06/11/2025</b>  |   | <b>Revisão: 00</b>                                  | <b>Página: 56/65</b> |
| <b>ELABORADO/REVISADO POR:</b><br>Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos | <b>VERIFICADO POR:</b><br>Klaucia Rodrigues Vasconcelos | <b>APROVADO POR:</b><br>Elaine Cristina de Oliveira |                      |

## 14.16- ROTAVÍRUS E NOROVÍRUS

|   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Cópia do laudo preliminar ou conclusivo da necropsia, em caso de óbito;</li></ul> Ficha de Requisição do GAL impressa;                |
| <b>Dados Imprescindíveis que devem Constar no Formulário:</b><br>Nome do paciente; Data do nascimento; Sexo; Município de residência/UF; Natureza da amostra; Data da coleta. |



Govorno 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

|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <b>MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR</b>  |  | <b>Código: 1.1105 – MAC – 01</b>                        |   |
| <b>Data: 06/11/2025</b>  |  | <b>Revisão: 00</b>                                      | <b>Página: 57/65</b>                                |
| <b>ELABORADO/REVISADO POR:</b><br>Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos |  | <b>VERIFICADO POR:</b><br>Klaucia Rodrigues Vasconcelos | <b>APROVADO POR:</b><br>Elaine Cristina de Oliveira |

## 1.1 Fluxo de Recebimento de Amostras

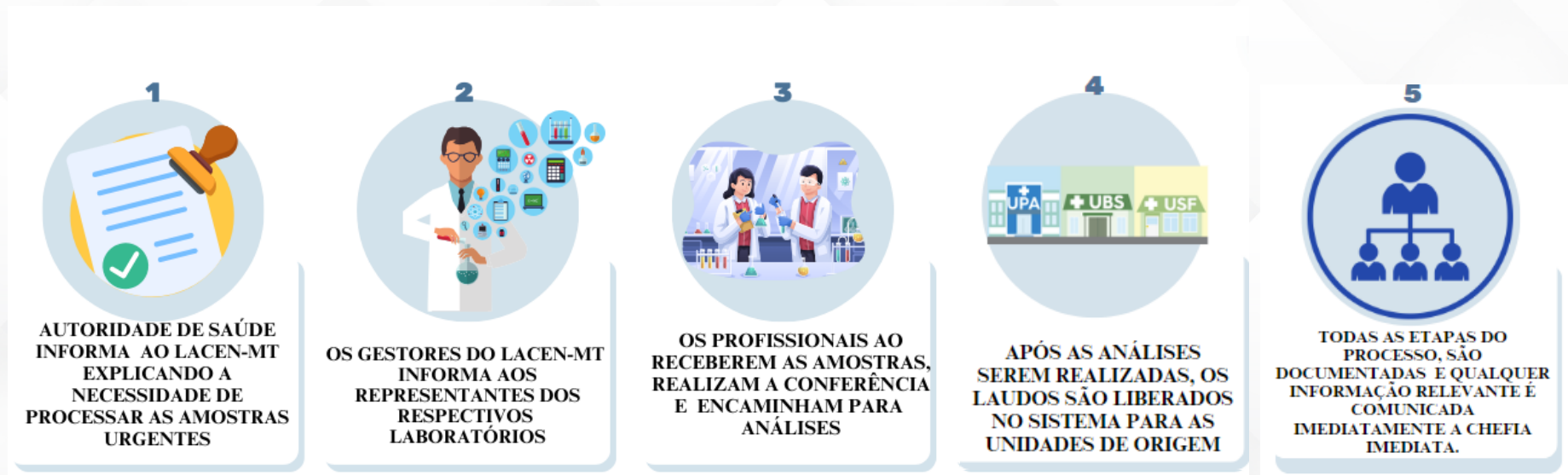




Governo do Estado de Mato Grosso  
SES-Secretaria de Estado de Saúde  
Secretaria Adjunta de Atenção e Vigilância em Saúde  
Laboratório Central de Saúde Pública de Mato Grosso-LACEN/MT

|  |   |   |
|--|---|---|
| <b>MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR</b>  |   | <b>Código: 1.1105 – MAC – 01</b>                    |
| <b>Data: 06/11/2025</b>  | <b>Revisão: 00</b>                                      | <b>Página: 58/65</b>                                |
| <b>ELABORADO/REVISADO POR:</b><br>Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos | <b>VERIFICADO POR:</b><br>Klaucia Rodrigues Vasconcelos | <b>APROVADO POR:</b><br>Elaine Cristina de Oliveira |

## 1.2 Fluxo de encaminhamento de amostras em Situações Emergenciais





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

|  |   |   |                      |
|--|---|---|----------------------|
| <b>MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR</b>  |   | <b>Código: 1.1105 – MAC – 01</b>                    |                      |
| <b>Data: 06/11/2025</b>  |   | <b>Revisão: 00</b>                                  | <b>Página: 59/65</b> |
| <b>ELABORADO/REVISADO POR:</b><br>Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos | <b>VERIFICADO POR:</b><br>Klaucia Rodrigues Vasconcelos | <b>APROVADO POR:</b><br>Elaine Cristina de Oliveira |                      |

# ANEXOS





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: 60/65**

**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**

República Federativa do Brasil  
 Ministério da Saúde  
 Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial - GAL  
 Requisição de Exame - Biologia Médica

**REQUISIÇÃO**

01 NºRequisição: 02 Unidade Saúde (ou outra fonte)\*: 03 CNES\*  
 04 Município Atendimento: 05 Código/BGE\*: 06 UF:  
 07 CNES Prof. de Saúde: 08 Nome do Profissional de Saúde\*: 09 Regim/Conselho/Matricula\*: 10 Idade:  
 11 Data de Solicitação\*: 12 Finalidade: 13 Descrição:  
 14 Tipo Paciente: 15 CFF do paciente\*:  
 16 CNES do paciente\*: 17 Nome do Paciente\*:  
 18 Data de Nascimento\*: 19 Sexo: 20 Nacionalidade:  
 21 Raça/Cor: 22 Etnia: 23 Nome da Mãe:  
 24 Documento 1: 25 Documento 2:  
 26 Endereço do paciente (Rua, Avenida...): 27 Número:  
 28 Complemento do endereço: 29 Ponto de Referência: 30 Bairro:  
 31 Município Residência\*: 32 Código/BGE\*: 33 UF:  
 34 CEP: 35 DDD / Telefone: 36 Zona: 37 País (Se reside fora do Brasil)\*:  
 38 Agravos/Doença: 39 Data dos Primeiros Sintomas:  
 40 Idade Gestacional: 41 Motivo: 42 Diagnóstico:  
 43 Suspeito: 44 Acompanhamento: 45 Controle: 46 Tratamento: 47 Data de Tratamento: 48 Escala de Tratamento:  
 49 Paciente Tomou Vacina?: 50 Verificar?: 51 Data da Última Dose:  
 52 Agravos/Doença de notificação do SINAN: 53 IDI01\*: 54 Notificação do SINAN\*: 55 Deseio Notificação\*  
 56 Unidade Saúde Notificante: 57 CNES\*  
 58 Município Notificação: 59 Código/BGE\*: 60 UF:

**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. (OBRIGATORIO). Caso ainda não tenha sido cadastrada (NÃO OBRIGATORIO).   |
| 02      | Unidade de Saúde ou outra fonte que solicita exame (s) da rede de laboratórios: norma completo e sem abreviaturas.   |
| 03      | Número do Listado Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES (OBRIGATORIO).   |
| 04      | Nome do município de atendimento da Unidade de Saúde ou de outra fonte responsável pela solicitação de exame(s).   |
| 05      | Código do BGE correspondente. (OBRIGATORIO).   |
| 06      | Sigla da Unidade da Federação da Unidade de Saúde ou outra fonte responsável pela solicitação de exame(s).   |
| 07      | Número do Cartão Nacional de Saúde do Profissional de Saúde – CNS (OBRIGATORIO).   |
| 08      | Nome completo do profissional de saúde responsável pela solicitação de exame (s) sem abreviaturas. (OBRIGATORIO).  |
| 09      | Abreviatura/número do conselho ou matrícula do profissional de saúde (OBRIGATORIO). 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) (OBRIGATORIO). No formato dd/mm/aaaa  |
| 12      | Finalidade da requisição: 1 – Campanha (evento investigatório com período definido para doença/agravo específico); 2 – Inquérito (investigação contínua ao longo do tempo para doença/agravo específico); 3 – Investigação (aplicável a doenças/agravos em período e área definidos, em eventos inesperados ou programados, como surtos ou sentinela); 4 – Programa (eventos investigativos ligados a ações de programas específicos das esferas governamentais); 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 Nacional ou Estadual). |
| 13      | Descrição: descrever a finalidade do exame.  |
| 14      | Tipo Paciente: 1- Brasileiro; 2- Estrangeiro; 3- Indígena; 4- Vulnerável   |
| 15      | CPF Paciente: Se a opção for "brasileiro", informar o número do CPF.   |
| 16      | Número do Cartão Nacional de Saúde do Paciente CNS (OBRIGATORIO).  |
| 17      | Paciente: nome completo e sem abreviatura. (OBRIGATORIO).  |
| 18      | Data de nascimento do paciente no formato dd/mm/aaaa (OBRIGATORIO).  |
| 19      | Idade do paciente. Este 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 segunda lacuna o item correspondente à opção "2", que significa dia). 1 – Hora(s); 2 – Dia(s); 3 – Mês(es) e 4 – Anos. (OBRIGATORIO).   |
| 20      | Sexo do paciente. F – Feminino; M – Masculino e 1 – Ignorado. (OBRIGATORIO)  |
| 21      | Nacionalidade: país de origem do paciente.   |
| 22      | Raça/Cor: 1 – Branca; 2 – Preta; 3 – Parda; 4 – Amarela; 5 – Indígena e 99 – Sem informação.   |
| 23      | Etnia: caso o campo 19 seja preenchido pela opção indígena automaticamente aparece a tabela de etnia.  |
| 24      | Nome da mãe: informar o nome completo e sem abreviações.   |
| 25 e 26 | Documento: este campo deve ser preenchido informando na primeira lacuna o tipo de documento e em seguida seu número. 1 – RG - Carteira de Identidade; 2 – CNH - Carteira Nacional de Habilitação; 3 – CNS - Cartão Nacional de Saúde; 4 – CNASC - Cartão de Nascimento; 5 – PRONT – Prontuário e 6 – INFOPEN - Sistema de Informações Penitenciárias.  |
| 27      | Endereço do paciente (rua, avenida...)   |
| 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 endereço do paciente.  |
| 32      | Município do endereço do paciente.   |
| 33      | Código do BGE correspondente (OBRIGATORIO).  |
| 34      | Sigla da Unidade da 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      | Classificação da zona do endereço do paciente: 1 – Urbana; 2 – Periurbana; 3 – Rural; 4 – Silvestre e 9 – Ignorado.  |
| 38      | País do endereço do paciente. Se residente fora do Brasil preenchimento do País. (OBRIGATORIO)   |
| 39      | Informar o nome do agravo/doença 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 o paciente se encontra no momento da ocorrência do agravo/doença. Informar o paciente do sexo masculino, informar a opção 6 – não se aplica.   |
| 42      | Motivo: campo habilitado somente para hepatites virais   |
| 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 (notificação de ocorrência de doença/agravo em área restrita); 8 – Diagnóstico (paciente para confirmação) 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 segunda lacuna o item correspondente à opção "1", que significa dia.   |

**Verso**



Govorno 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: 61/65**

**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**

|  <b>Sistema Ministério da Saúde</b>  |  | <b>Laudo Médico para Emissão de BPA-I</b><br>Contagem de Linfócitos T CD4 <sup>+</sup> / CD8 <sup>+</sup> |  | Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis<br>Sistema de Controle de Exames Laboratoriais - SISCEL |                         |
|---|--|---|--|--|-------------------------|
| 1. Instituição solicitante (carimbo padrão)*  |  | 2. CNPJ   |  |  |                         |
| <b>INFORMAÇÕES BÁSICAS:</b>   |  |   |  |  |                         |
| 3. Nome completo do usuário SUS*  |  |   |  | 5. Identificação do usuário SUS nos relatórios   |                         |
| 3. Civil:   |  |   |  | <input type="checkbox"/> 1-Civil <input type="checkbox"/> 2-Social   |                         |
| 4. Social:  |  |   |  |  |                         |
| 4. Data de Nascimento*  |  | 7. Sexo*  | 8. País*   | 9. Cidade do nascimento*   |                         |
| / /   |  | <input type="checkbox"/> 1-Masculino<br><input type="checkbox"/> 2-Feminino                               |  |  |                         |
| 10. UF*   |  | 11. Raca/Cor  | 12. Número de Identidade                                     |  | 13. CPF*                |
| / /   |  | 1-Branca; 2-Preta; 3-Amarela; 4-Parda; 5-Indígena - Etnia; 6-Indígena - Cor; 7-Outros                     |  |  | - - - - -               |
| 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;<br><input type="checkbox"/> 6-Não informado; 7-Agerado.  |  |   |  |  |                         |
| 16. Gestante*   |  | 17. Idade Gestacional*  |  | 18. Telefone do Usuário SUS  | 19. Prontuário          |
| <input type="checkbox"/> 8-Sim - N-Não  |  | Semanas ( ) -   |  |  |                         |
| 20. Nome do 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. Bairro*   |  | 25. CEP*  | 26. Cidade de residência do usuário SUS*                     | 27. UF*  | 28. Cód. IBGE Município |
|   |  |   |  |  |                         |
| <b>DADOS DA SOLICITAÇÃO</b>   |  |   |  |  |                         |
| 29. Código de Procedimento  |  | 30. Nome do Procedimento  |  |  |                         |
| 02.02.03.002-4  |  | Contagem de Linfócitos T CD4 <sup>+</sup> / CD8 <sup>+</sup>  |  |  |                         |
| <b>DADOS DO EXAMINANDO/PROFESSOR SOLICITANTE</b>  |  |   |  |  |                         |
| 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. Data última CD4 > 350 cel./mm <sup>3</sup> ? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>   |  |   |  |  |                         |
| 31.2.2. Paciente assintomático? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>  |  |   |  |  |                         |
| 31.2.3. Carga Viral indetectável? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>  |  |   |  |  |                         |
| 31.3. Avaliação de imunização e/ou profilaxia para Infecção Oportunitária <input type="checkbox"/>  |  |   |  |  |                         |
| 32. CID 10*   |  |   |  |  |                         |
| <b>DADOS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE</b>  |  |   |  |  |                         |
| 33. Nome do Profissional Solicitante*   |  | 34. Data da Solicitação   |  | 35. Assinatura e Carimbo*  |                         |
|   |  |   |  |  |                         |
| 36. Registro do Conselho Profissional*  |  | 37. Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante*  |  |  |                         |
| Conselho UF/Nº  |  |   |  |  |                         |
| <b>LOCAL DE COLETA DA AMOSTRA</b>   |  |   |  |  |                         |
| 38. Nome de instituição (Carimbo Padrão) *  |  |   | 39. Data da coleta*  |  | 40. Hora da Coleta*     |
|   |  |   |  |  |                         |
| <b>LABORATÓRIO EXECUTOR DO TESTE</b>  |  |   |  |  |                         |
| 41. Nome de instituição (Carimbo Padrão)  |  | 42. CNES  | 43. Data do recebimento                                      | 44. Hora   |                         |
|   |  |   |  |  |                         |
| 45. Nº Solicitação exame  |  | 46. Identificador da amostra  | 47. Responsável  | 48. Data de resultado  |                         |
|   |  |   |  |  |                         |
| <b>CD4<sup>+</sup> / CD8<sup>+</sup></b>  |  |   |  |  |                         |
| 49. Condições de chegada da amostra   |  |   |  |  |                         |
| <input type="checkbox"/> 1-Amostra adequada; 2-Amostra hemolisada; 3-Amostra em frasco inadequado; 4-Amostra mal identificada;<br><input type="checkbox"/> 5-Amostra mal acondicionada; 6-Amostra lipêmica; 7-Outros<br><input type="checkbox"/> 8-Amostra Congelada; 9-Amostra com volume inadequado |  |   |  |  |                         |
| 50. Material Biológico <input type="checkbox"/> Sangue  |  |   |  |  |                         |
| 51. CD4 (valor absoluto)  |  | 52. CD8 (valor absoluto)  | 53. Média CD3 (valor absoluto)                               | 54. Técnica utilizada  |                         |
|   |  |   |  |  |                         |

\* Preenchimento obrigatório

Versão 04/09/2019 - www.aidas.gov.br/siscel



Govorno do Estado de Mato Grosso  
SES-Secretaria de Estado de Saude  
Secretaria Adjunta de Atencao e Vigilancia em Saude  
Laboratorio Central de Saude Publica de Mato Grosso-LACEN/MT

|  |   |   |
|--|---|---|
| <b>MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR</b>  |   | <b>Código: 1.1105 – MAC – 01</b>                    |
| <b>Data: 06/11/2025</b>  | <b>Revisão: 00</b>                                      | <b>Página: 62/65</b>                                |
| <b>ELABORADO/REVISADO POR:</b><br>Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos | <b>VERIFICADO POR:</b><br>Klaucia Rodrigues Vasconcelos | <b>APROVADO POR:</b><br>Elaine Cristina de Oliveira |

## Anexo III - Ficha de Quantificação Viral da Hepatite B

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

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <b>INFORMAÇÕES DA INSTITUIÇÃO</b>   |   | 3. CNES*  |   |
| 1. Instituição solicitante (carimbo padrão)*  |   |   |   |
| 3. Nome do profissional solicitante*  | 4. Registro da conselho profissional*<br>Conselho/C/DT  | 5. Assinatura e Carimbo*  |   |
| 6. Data da solicitação*   | 7. CPF do profissional*   |   |   |
| <b>INFORMAÇÕES BÁSICAS</b>  |   |   |   |
| 8. CNES do(a) paciente*   | Nome completo do(a) usuário(a)*<br>10. Oficial <input type="checkbox"/> Social <input type="checkbox"/> |   | 12. Preferência de identificação*<br>1. Oficial <input type="checkbox"/> 2. Social <input type="checkbox"/> |
| 9. CPF*   | 11. Social <input type="checkbox"/>   | 13. Sexo*<br>1. Feminino <input type="checkbox"/> 2. Masculino <input type="checkbox"/>   |   |
| 14. Data de nascimento*   | 15. Raça/Cor*<br>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. Fronteiriço <input type="checkbox"/>  | 31. Gestante* <input type="checkbox"/>  |
| 32. Escolaridade (em anos)<br>( ) <input type="checkbox"/> 1. Sem <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 3. Nenhum 4. De 1 a 3 5. De 4 a 7 6. De 8 a 11 7. De 12 e mais 8. Não informado 9. Ignorado              |   | 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  |   |   |
| 02.13.01.020-8  | Identificação do vírus da hepatite B por PCR (quantitativo)   |   |   |
| <b>INDICADORES CLÍNICOS GERAIS/DETALHES DO ADESAO</b>   |   |   |   |
| 37. Idade gestacional*<br><input type="checkbox"/> 1. 1º trimestre <input type="checkbox"/> 2. 2º trimestre <input type="checkbox"/> 3. 3º trimestre <input type="checkbox"/> 4. Ignorado <input type="checkbox"/> 5. Não se aplica |   | 38. Motivo do exame*<br><input type="checkbox"/> 1. Confirmação do diagnóstico <input type="checkbox"/> 2. Avaliar indicação de tratamento <input type="checkbox"/> 3. Monitorar tratamento <input type="checkbox"/> 4. Gestante portadora de hepatite B <input type="checkbox"/> 5. Investigação de transmissão vertical |   |
| 39. Estágio da doença (CID)*<br><input type="checkbox"/> 1. Hepatite B aguda (B14) <input type="checkbox"/> 2. Hepatite B crônica sem Delta (B17.1) <input type="checkbox"/> 3. Hepatite B crônica com Delta (B18.0)                |   |   |   |
| <b>LOCAL DA COLETA DA AMOSTRA</b>   |   |   |   |
| 40. Nome da instituição*  | 41. Data da coleta*   | 42. Hora da coleta*   |   |
| <b>LABORATÓRIO EXECUTOR DO TESTE</b>  |   |   |   |
| 43. Nome da instituição*  | 44. CNES*   | 45. Data do recebimento*  | 46. Hora do recebimento*  |
| <b>Carga Viral</b>  |   |   |   |
| 47. Solicitação do exame*   | 48. Identificador da amostra*   | 49. Responsável*  | 50. Data do resultado*  |
| 51. Material biológico*   | 52. Volume da amostra   | 53. U/L/mL  | 54. Log   |
| 55. Técnica*  |   |   |   |

\*Preenchimento obrigatório www.aids.gov.br (27/04/2020)

Frente

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

Os campos de preenchimento obrigatórios estão marcados com \*.

- 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.
- 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)
- Oficial**: Nome completo conforme consta no documento de identificação oficial da pessoa.
- Social**: Nome pelo qual a pessoa travesti ou transexual se identifica e é socialmente reconhecida.
- Preferência de identificação\***: Deve ser indicado o nome pelo qual a pessoa travesti ou transexual prefere ser identificada.
- Sexo\***: Indicar o sexo designado no nascimento da pessoa.
- Idade Gestacional\***: Em caso de gravidez, informar o período em que a gestação se encontra, caso não se trate de gestação, marcar "5".
- 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](http://www.aids.gov.br).
- 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**.

Verso



Govorno 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

|  |   |   |
|--|---|---|
| <b>MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR</b>  |   | <b>Código: 1.1105 – MAC – 01</b>                    |
| <b>Data:</b> 06/11/2025  | <b>Revisão:</b> 00                                      | <b>Página:</b> 63/65                                |
| <b>ELABORADO/REVISADO POR:</b><br>Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos | <b>VERIFICADO POR:</b><br>Klaucia Rodrigues Vasconcelos | <b>APROVADO POR:</b><br>Elaine Cristina de Oliveira |

## Anexo IV - Ficha de Quantificação Viral da Hepatite C

| DADOS DA INSTITUIÇÃO  |  |
|---|--|
| 1. Instituição solicitante (carimbo padrão)*                      | 2. CNES*   |
| 3. Nome do profissional solicitante*                              | 4. Registro do conselho profissional*<br>Conselho/UF/Nº                      |
| 6. Data da solicitação*   | 7. CPF do profissional*  |
| 5. Assinatura e Carimbo*  |  |
| INFORMAÇÕES BÁSICAS   |  |
| 8. CNS do(a) paciente*  | 12. Preferência de identificação*  |
| 9. CPF*   | 13. Sexo*  |
| 14. Data de nascimento*   | 15. Raça/Cor*  |
| 16. Nacionalidade*  | 17. Nome da mãe*   |
| 18. Número*   | 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  |  |
| <b>02.02.03.108-0 Quantificação de RNA do vírus da hepatite C</b> |  |
| DADOS CLÍNICOS GERAIS/DETALHES DO AGRAVO                          |  |
| 37. Idade gestacional*  | 38. Motivo do exame*   |
| 39. Estágio da doença (CID)*                                      |  |
| 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 do recebimento*  | 46. Hora do recebimento*   |
| 47. Solicitação do exame*   | 48. Identificador da amostra*  |
| 49. Responsável*  | 50. Data do resultado*   |
| 51. Material biológico*   | 52. Volume da amostra  |
| 53. Uj/mL   | 54. Log  |
| 55. Técnica*  |  |

\*Preenchimento obrigatório

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

Frente

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

Os campos de preenchimento obrigatórios estão marcados com \*.

- 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.
- 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).
- Oficial\***: Nome completo conforme consta no documento de identificação oficial da pessoa.
- Social\***: Nome pelo qual a pessoa travesti ou transexual se identifica e é socialmente reconhecida.
- Preferência de identificação\***: Deve ser indicado o nome pelo qual a pessoa travesti ou transexual prefere ser identificada.
- Sexo\***: Indicar o sexo designado no nascimento da pessoa.
- Idade Gestacional\***: Em caso de gravidez, informar o período em que a gestação se encontra, caso não se trate de gestação, marcar "5".
- 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](http://www.aids.gov.br).
- 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**.

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: 64/65**

**ELABORADO/REVISADO POR:**

Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuiu; 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**

| SUS   |  | Quantificação de Ácido Nucleico – Carga Viral do HIV       |  |
|---|--|--|--|
| 1. Instituição solicitante (carimbo padrão)*  |  | 2. CNPJ  |  |
| <b>INFORMAÇÕES BÁSICAS</b>  |  |  |  |
| Nome completo do usuário SUS*   |  | 5. Identificação do usuário SUS nos relatórios             |  |
| 3. Civil:   |  | <input type="checkbox"/> 1-Civil 2-Social                  |  |
| 4. Social:  |  |  |  |
| 6. Data de Nascimento*  |  | 7. Sexo atribuído ao Nascimento*                           |  |
| 8. País*  |  | 9. Cidade de nascimento*                                   |  |
| 10. UF*   |  | 11. Raça/Cor*  |  |
| 12. Número de Identidade  |  | 13. CPF*   |  |
| 14. Escolaridade  |  | 15. Cartão Nacional de Saúde - CNS*                        |  |
| 16. Gestante*   |  | 17. Idade Gestacional*                                     |  |
| 18. Telefone do Usuário SUS   |  | 19. Presente*  |  |
| 20. Nome do Responsável (se usuário SUS for menor de idade)   |  | 21. CPF do Responsável (se usuário SUS for menor de idade) |  |
| 22. Nome da mãe*  |  | 23. Endereço do usuário SUS*                               |  |
| 24. Bairro*   |  | 25. CEP*   |  |
| 26. Cidade de residência do usuário SUS*  |  | 27. UF*  |  |
| 28. Cod. IBGE Município   |  |  |  |
| <b>DADOS DA SOLICITAÇÃO</b>   |  |  |  |
| 29. Código de Procedimento  |  | 30. Nome do Procedimento                                   |  |
| 02.02.03.107-1  |  | Quantificação do RNA HIV-1                                 |  |
| <b>JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO/SOLICITAÇÃO</b>  |  |  |  |
| 31. Motivo pelo qual o exame está sendo solicitado*   |  |  |  |
| 31.1. Monitoramento de pessoas que não estão em tratamento antirretroviral <input type="checkbox"/> |  |  |  |
| 31.2. Monitoramento de pessoas que estão em tratamento antirretroviral <input type="checkbox"/>     |  |  |  |
| 31.3. Diagnóstico <input type="checkbox"/>  |  |  |  |
| 31.4. Investigação de infecção viral aguda pelo HIV <input type="checkbox"/>                        |  |  |  |
| 32. CID IP*   |  |  |  |
| 33. Nome do Profissional Solicitante*   |  | 34. Data da Solicitação                                    |  |
| 35. Assinatura e Carimbo*   |  |  |  |
| 36. Registro do Conselho Profissional*  |  | 37. Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante*       |  |
| <b>LOCAL DE COLETA DA AMOSTRA</b>   |  |  |  |
| 38. Nome de instituição (Carimbo Padrão)*   |  | 39. Data da coleta*  |  |
| 40. Hora da Coleta*   |  |  |  |
| <b>LABORATÓRIO EXECUTOR DO TESTE</b>  |  |  |  |
| 41. Nome de instituição (Carimbo Padrão)*   |  | 42. CNES   |  |
| 43. Data de recebimento   |  | 44. Hora   |  |
| 45. Nº Solicitação exame  |  | 46. Identificador da amostra                               |  |
| 47. Responsável   |  | 48. Data do resultado                                      |  |
| 49. Condições de chegada da amostra   |  |  |  |
| 50. Material Biológico  |  |  |  |
| 51. Quantidade de copias  |  |  |  |
| 52. Log   |  |  |  |
| 53. Volume da amostra   |  |  |  |
| 54. Técnica utilizada   |  |  |  |

\*Preenchimento obrigatório

<https://www.gov.br/sa/p/br/08/02/2023>

**Frente**

| SUS   |  | Lado Médico para Emissão de BPA-1<br>Contagem de Linfócitos T CD4* |  |
|---|--|--|--|
| 1. Instituição solicitante (carimbo padrão)*  |  | 2. CNPJ  |  |
| <b>INFORMAÇÕES BÁSICAS</b>  |  |  |  |
| Nome completo do usuário SUS*   |  | 5. Identificação do usuário SUS nos relatórios                     |  |
| 3. Civil:   |  | <input type="checkbox"/> 1-Civil 2-Social                          |  |
| 4. Social:  |  |  |  |
| 6. Data de Nascimento*  |  | 7. Sexo atribuído ao Nascimento*                                   |  |
| 8. País*  |  | 9. Cidade de nascimento*   |  |
| 10. UF*   |  | 11. Raça/Cor*  |  |
| 12. Número de Identidade  |  | 13. CPF*   |  |
| 14. Escolaridade  |  | 15. Cartão Nacional de Saúde - CNS*                                |  |
| 16. Gestante*   |  | 17. Idade Gestacional*   |  |
| 18. Telefone do Usuário SUS   |  | 19. Presente*  |  |
| 20. Nome do Responsável (se usuário SUS for menor de idade)   |  | 21. CPF do Responsável (se usuário SUS for menor de idade)         |  |
| 22. Nome da mãe*  |  | 23. Endereço do usuário SUS*                                       |  |
| 24. Bairro*   |  | 25. CEP*   |  |
| 26. Cidade de residência do usuário SUS*  |  | 27. UF*  |  |
| 28. Cod. IBGE Município   |  |  |  |
| <b>DADOS DA SOLICITAÇÃO</b>   |  |  |  |
| 29. Código de Procedimento  |  | 30. Nome do Procedimento   |  |
| 02.02.03.092-4  |  | Contagem de Linfócitos T CD4+/CD8*                                 |  |
| <b>JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO/SOLICITAÇÃO</b>  |  |  |  |
| 31. Motivo pelo qual o exame está sendo solicitado*   |  |  |  |
| 31.1. Monitoramento de pessoas que não estão em tratamento antirretroviral <input type="checkbox"/>                                   |  |  |  |
| 31.2. Monitoramento de pessoas que estão em tratamento antirretroviral <input type="checkbox"/>                                       |  |  |  |
| 31.2.1. Data última CD4 > 350 cel./mm <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> |  |  |  |
| 31.2.2. Paciente assintomático? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>                    |  |  |  |
| 31.2.3. Carga Viral indetectável? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>                  |  |  |  |
| 31.3. Avaliação de imunização e/ou profilaxia para Infecção Oportunista <input type="checkbox"/>                                      |  |  |  |
| 32. CID IP*   |  |  |  |
| <b>DADOS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE</b>  |  |  |  |
| 33. Nome do Profissional Solicitante*   |  | 34. Data da Solicitação  |  |
| 35. Assinatura e Carimbo*   |  |  |  |
| 36. Registro do Conselho Profissional*  |  | 37. Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante*               |  |
| <b>LOCAL DE COLETA DA AMOSTRA</b>   |  |  |  |
| 38. Nome de instituição (Carimbo Padrão)*   |  | 39. Data da coleta*  |  |
| 40. Hora da Coleta*   |  |  |  |
| <b>LABORATÓRIO EXECUTOR DO TESTE</b>  |  |  |  |
| 41. Nome de instituição (Carimbo Padrão)*   |  | 42. CNES   |  |
| 43. Data de recebimento   |  | 44. Hora   |  |
| 45. Nº Solicitação exame  |  | 46. Identificador da amostra                                       |  |
| 47. Responsável   |  | 48. Data do resultado  |  |
| 49. Condições de chegada da amostra   |  |  |  |
| 50. Material Biológico  |  |  |  |
| 51. Quantidade de copias  |  |  |  |
| 52. Log   |  |  |  |
| 53. Volume da amostra   |  |  |  |
| 54. Técnica utilizada   |  |  |  |

\*Preenchimento obrigatório

<https://www.gov.br/sa/p/br/08/02/2023>

**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

|  |   |   |
|--|---|---|
| <b>MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – BIOLOGIA MOLECULAR</b>  |   | <b>Código: 1.1105 – MAC – 01</b>                    |
| <b>Data: 06/11/2025</b>  | <b>Revisão: 00</b>                                      | <b>Página: 65/65</b>                                |
| <b>ELABORADO/REVISADO POR:</b><br>Adriana Santarem Ferreira; Dilma Larrea de Alencar; Bianca Ayne Terrabuio; Dayane Priscila Alves da Silva; Anna Giselle e Silva Souza Campos | <b>VERIFICADO POR:</b><br>Klaucia Rodrigues Vasconcelos | <b>APROVADO POR:</b><br>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**