Nº Ordem	Distrito	Unidade Sanitária	Iniciais Nome e Apelido	NID (Incluir Código da US)	Sexo		Idade (anos)	Informação do Paciente			Razão da solicitação do teste		Data do início do TARV	Regime actual TARV		
					M	F		< 5 anos	Grávida	Lactante	Rotina	Suspeita de falência		1ª Linha	2ª Linha	Esquema

1ª Carga Viral							2ª Carga Viral							Enviado para o comite para pedido de mudança de linha	Iniciou 2ª Linha	**Obsevação (** informação do paciente relevante. Ex: recomendações do comite TARV **)**
Data da colheita	Data de envio da amostra ao laboratório	Data da chegada do resultado a US	Resultado		Consulta de APSS		Data da colheita	Data de envio da amostra ao laboratório	Data da chegada do resultado a US	Resultado		Consulta de APSS				
			Log	Cop/ml	Primeira	Segunda				Log	Cop/ml	Primeira	Segunda			