|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **REGISTRO DO TESTE RÁPIDO - COVID 19 – VIA DA UNIDADE DE SAÚDE** |  |  | **LAUDO DO TESTE RÁPIDO - COVID 19 – VIA DO PACIENTE** |
| **TESTE RÁPIDO IMUNOCROMATOGRÁFICO**  SARS-CoV-2 *antibody* *test*® da marca Wodfo | **TESTE RÁPIDO IMUNOCROMATOGRÁFICO**  SARS-CoV-2 *antibody* *test*® da marca Wodfo |
| **PREENCHER OS CAMPOS ABAIXO PARA REGISTRO DO TESTE RÁPIDO – COVID 19 NA PLANILHA ONLINE** | **PREENCHER OS CAMPOS ABAIXO PARA REGISTRO DO TESTE RÁPIDO – COVID 19 NA PLANILHA ONLINE** |
| **NOME DA UNIDADE DE SAÚDE:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **NOME DO PACIENTE**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Sexo** **Feminino** **Data nascimento** \_\_/\_\_/\_\_\_\_ **Idade**: \_\_\_\_\_\_\_  **Masculino**  **Município de residência:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Bairro:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Endereço**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Telefone**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Profissão:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Local de trabalho:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **DATA DO TESTE** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | **NOME DA UNIDADE DE SAÚDE:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **NOME DO PACIENTE**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **DATA DO TESTE** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_  **RESULTADO DO TESTE: ( ) POSITIVO ( ) NEGATIVO** |
|  |  |
| **TESTE - LOTE**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / **MÉTODO**: IMUNOCROMATOGRAFIA  **AMOSTRA**:  **1 -** Sangue Total (punção digital) **3 –** Soro  **2 -** Sangue Total (venoso) **4 -** Plasma  **I\_\_I Tosse I\_\_I Febre I\_\_I Cefaleia I\_\_I Dispneia**  **I\_\_I Desconforto respiratório I\_\_I Mal estar I\_\_I Diarreia**  **1- SIM 2-NÃO**  **OUTROS SINTOMAS:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Teve contato com caso confirmado? ( ) Não ( ) Sim SE SIM, QUEM?**  **NOME: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ TEL (\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **NOME: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ TEL (\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Profissional de Saúde Visto do paciente  (Nome, registro no conselho de classe, assinatura)  **RESULTADO DO TESTE: ( ) POSITIVO ( ) NEGATIVO** | **TESTE - LOTE**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / **MÉTODO**: IMUNOCROMATOGRAFIA  **1 -** Sangue Total (punção digital) **3 –** Soro  **2 -** Sangue Total (venoso) **4 -** Plasma  **AMOSTRA**:  Observações:   1. O teste rápido deve ser realizado no mínimo após o 7° dia dos sintomas de Síndrome Gripal, ideal a partir do 10°. 2. O teste rápido é utilizado como apoio diagnóstico para o COVID – 19. 3. A avaliação do resultado deve ser realizada de acordo com o quadro clínico e os dados epidemiológicos, quando significar doença aguda o caso deve ser notificado IMEDIATAMENTE seguindo o fluxo pré-estabelecido.     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Profissional de Saúde Visto do paciente  (Nome, registro no conselho de classe, assinatura) |