|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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) |