

PROTOCOLO 1 TESTAGEM COVID-19 PARA SERVIDORES SSP

FORMULÁRIO PARA REALIZAÇÃO DE TESTE RÁPIDO DE ANTICORPOS

PREENCHIMENTO PELO PACIENTE:

Nome do paciente: _____

Data de nascimento: __/__/____ Id funcional: _____

Sexo: () feminino () masculino

Órgão da SSP: _____

Cidade de moradia: _____

Cidade de trabalho: _____

Data do início dos sintomas: __/__/____ Término: __/__/____

Data do afastamento do serviço: início __/__/____ Término: __/__/____

Coleta de PCR prévia? () sim Data da coleta: __/__/____ () não

Resultado do PCR: () positivo CV: _____ () negativo

Já realizou Teste rápido de anticorpos: () sim data: __/__/____ () não

PREENCHIMENTO PELO MÉDICO:

Data da realização do Teste rápido de Anticorpos: __/__/____

Dia em relação ao início dos sintomas:

Resultado do Teste rápido de anticorpos

Lote: _____

Resultado: () POSITIVO
() NEGATIVO
() INVÁLIDO

Assinatura e carimbo do Responsável pelo exame:

() **FSR do HBMPA:** 2º andar do Centro Clínico do HBMPA, sito à rua Castro de Menezes 301, Cristal, Porto Alegre. O agendamento para realização dos testes rápidos de anticorpos será pelo número (51) 98594-6200 (telefone/WhatsApp), de segunda a sexta-feira, das 7-16h.

() **FSR do HBMSM:** sito a rua Euclides da Cunha, número 1800, Santa Maria. O agendamento para realização dos testes rápidos de anticorpos será pelo número (55) 98437-0784 (telefone/WhatsApp), de segunda a sexta-feira, das 7-13h.

() **Outra FSR:** _____

FOTO DO EXAME

