

LAUDO DE DIAGNÓSTICO

Paciente: _____

Data do Teste: ____/____/____

Data de Nascimento: ____/____/____

Sexo: () Feminino | () Masculino N° Cartão do SUS: _____

TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE ANTICORPO PARA HEPATITE C | HEPATITE B | HIV | SÍFILIS

Amostra: Sangue Total

HEPATITE C

Lote: _____

Método Imunocromatografia

Resultado: () Reagente | () Não Reagente

HEPATITE B

Lote: _____

Método Imunocromatografia

Resultado: () Reagente | () Não Reagente

SÍFILIS

Lote: _____

Método Imunocromatografia

Resultado: () Reagente | () Não Reagente

HIV – Imunodeficiência Humana

Lote: _____

Método Imunocromatografia

Resultado: () Reagente | () Não Reagente

Teste rápido para Pré-Natal: () SIM | () NÃO

Observação: Amostra com resultado REAGENTE é indicativo de encaminhar o paciente para realização de teste confirmatório.

Assinatura e carimbo do(a) Enfermeiro(a) responsável