

TESTE RÁPIDO IMUNOCROMATOGRÁFICO COVID-19**ESTABELECIMENTO**

Razão Social:

CNPJ:

Telefone:

Endereço:

CNES:

PACIENTE

Nome do Paciente:

Responsável Legal (se necessário):

Endereço:

Telefone:

Sexo: () Feminino () Masculino Data de Nascimento:

Número do RG: Data de Início dos Sintomas:

RESULTADO DO TESTE☐ **Positivo**☐ **Negativo****IDENTIFICAÇÃO DO TESTE RÁPIDO**

Nome do Teste:

Marca do Teste:

Lote:

Número do Registro na ANVISA:

Amostra:

Método: Imunocromatográfico

RESPONSÁVEL TÉCNICO - FARMACÊUTICO

Nome do Responsável Técnico:

Número do CRF/RS:

Assinatura

Data: / /

OBSERVAÇÕES

ESTE PROCEDIMENTO NÃO TEM FINALIDADE DE DIAGNÓSTICO E NÃO SUBSTITUI A CONSULTA MÉDICA OU A REALIZAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS.