Anexo - PORTARIA SES Nº 480/2021.

Modelo de Declaração de Serviços Farmacêuticos

TESTE RÁPIDO IMUNOCROMATOGRAFICO COVID-19

Teste Rápido de Anticorpo

Teste Rápido de Antígeno

ESTABELECIMENTO

Razão Social:

CNPJ:

Telefone:

Endereço:

CNES:

PACIENTE

Nome do paciente:

Responsável legal (se aplicável):

Endereço:

Telefone:

Sexo: Feminino Masculino

Data de nascimento:

Nº RG/CPF:

Data do início dos sintomas:

RESULTADO DO TESTE

Positivo

Negativo Inconclusivo

IDENTIFICAÇÃO DO TESTE RÁPIDO

Nome do teste:

Marca do teste:

Lote:

Nº Registro na ANVISA:

Amostra:

RESPONSÁVEL TÉCNICO – FARMACÊUTICO

Nome do Responsável Técnico:

Nº CRF/RS:

_____ Assinatura

Data: ____/____/____

OBSERVAÇÕES

ESTE PROCEDIMENTO NÃO TEM FINALIDADE DE DIAGNÓSTICO E NÃO SUBSTITUI A CONSULTA MÉDICA