

Anexo - PORTARIA SES Nº 769/2020.

Modelo de Declaração de Serviços Farmacêuticos

TESTE RÁPIDO IMUNOCROMATOGRÁFICO 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:

Nº Registro na ANVISA:

Amostra:

Lote:

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**