****

**REGISTRO DE TESTE RÁPIDO PARA CORONAVÍRUS-: COVID 19**

NOME: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CPF:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Apresenta sintomas característicos da Covid-19?

|  |
| --- |
|  |

**Assintomático**

|  |
| --- |
|  |

**Sintomático, há\_\_\_\_\_\_dias**

**Em caso sintomático, assinale quais Sintomas:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Febre |  |  | Tosse Seca | |  | Dor na Garganta | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Dores no Corpo | |  | Espirros |  |  | Falta de Ar | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Perda de Olfato | |  | Perda de Paladar | |  | Fraqueza |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Diarréria |  |  | Calafrios |  |  | Dor de Cabeça | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Informo que o Colaborador (a) supracitado (a), realizou teste rápido sorológico para detecção de Anticorpos IgM/IgG contra Coronavírus na data de hoje tendo seu Resultado:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| IgM |  | negativo |  | positivo |  | IgG |  | negativo |  | positivo |

Cabe salienta que Testes rápidos não substituem o PCR (PADRÃO OURO) na confirmação da COVID-19, uma vez que os testes rápidos possuem caráter de rastreio, apesar dos altos valores de especificidade e sensibilidade. Porém, data a sua rapidez em produzir resultado e maior disponibilidade, é uma ferramenta útil para a definição de ações, visando o combate a Pandemia.A interpretação deste resultado, bem com a respectiva conduta médica/ocupacional, deverá se realizada pelo Departamento Médico da Empresa Contratante.

Niterói, \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PROFISSIONAL DA SAÚDE ASSINATURA DO PACIENTE