****

 **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