

LAUDO DO COAS

DATA: ____/____/____

NOME DO USUÁRIO: _____

NOME DA MÃE: _____

IDADE: ____ SEXO: ____ DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ IDADE GESTACIONAL: ____ POP. GERAL: _____

ENDEREÇO: _____

NOME DO SOLICITANTE: _____

TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS ANTI-HIV, ANTI-TP DA SÍFILIS, HBSAG, ANTI-HCV:

TESTE 1:

Nome do produto: TESTE RÁPIDO – HIV RÁPID CHECK ()

TESTE RÁPIDO – BIO-MANGUINHOS ()

Método: Imunocromatografia

Resultado teste: _____

Obs. Exame realizado em conformidade com a portaria SVS/MS nº 151/2009

Amostra com Resultado Reagente no Teste rápido 1(TR1) deverá ser submetido ao Teste Rápido 2(TR2) para que o diagnóstico seja definido.

TESTE:

Nome do Produto: TESTE RÁPIDO DPP SÍFILIS BIO-MANGUINHOS

Método Imunocromatografia

Resultado do teste: _____

Obs.: 1) O teste rápido utilizado é um teste treponêmico

2) Amostra não reagente para Sífilis: Em caso de suspeita de Sífilis, uma nova amostra deverá ser coletada 30 dias após a data coleta dessa amostra e submetida ao teste;

3) A situação clínica e epidemiológica do paciente deverá ser observada.

TESTE:

Nome do Produto: TESTE RÁPIDO-HEPATITE B (HBsAG)

Método: Imunocromatografia

Resultado do teste: _____

Obs.: 1) O teste rápido utilizado é um teste triagem para hepatite B

2) Amostra com resultado REAGENTE no teste rápido para triagem do HBsAG: encaminhar o paciente para realização do teste confirmatório.

TESTE:

Nome do Produto: TESTE RÁPIDO-HEPATITE C (anti-HCV)

Método: Imunocromatografia

Resultado do teste: _____

Obs.: 1) O teste rápido utilizado é um teste triagem para hepatite C

2) Amostra com resultado REAGENTE no teste rápido para triagem do HCV: encaminhar o paciente para a realização do teste confirmatório.

INTERPRETAÇÃO DO RESULTADO: AMOSTRA _____	PARA HIV
AMOSTRA _____	PARA SÍFILIS
AMOSTRA _____	PARA HEPATITE B
AMOSTRA _____	PARA HEPATITE C

Responsável Técnico:
(Carimbo e Assinatura)