

**LIVRO DE REGISTRO PARA DIAGNÓSTICO DE TESTE RÁPIDO (DETECÇÃO DE ANTICORPOS CONTRA SARS COV-2) DA COVID- 19**

Unidade de Saúde: _____ Município: _____.

N.º DE ORDEM	DATA EXAME	NOME PACIENTE	PROFISSÃO	SEXO	DATA NASC.	MUNICÍPIO	UNIDADE SOLICITANTE	RESULTADO						ASSINATURA
					IDADE	ENDEREÇO		TESTE			RETESTE			
								POS	NEG	INV	POS	NEG	INV	
1	__/__/__				__/__/__									
2	__/__/__				__/__/__									
3	__/__/__				__/__/__									
4	__/__/__				__/__/__									
5	__/__/__				__/__/__									
6	__/__/__				__/__/__									
7	__/__/__				__/__/__									
8	__/__/__				__/__/__									
9	__/__/__				__/__/__									
10	__/__/__				__/__/__									
11	__/__/__				__/__/__									
12	__/__/__				__/__/__									
13	__/__/__				__/__/__									
14	__/__/__				__/__/__									
15	__/__/__				__/__/__									
16	__/__/__				__/__/__									
17	__/__/__				__/__/__									
18	__/__/__				__/__/__									
19	__/__/__				__/__/__									
20	__/__/__				__/__/__									

Carimbo/assinatura: _____ . Telefone: _____ data: __/__/__.

LEGENDA: POS = Positivo / NEG = Negativo / INV = Inválido