

NOTIFICAÇÃO DE REALIZAÇÃO DE TESTE RÁPIDO COVID-19

Laboratório: _____

Identificação

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: ____ Sexo: ____ Tel: () _____

Endereço: _____

Nome da Mãe: _____

Queixa de sintomas de síndrome respiratória (febre, tosse, dor de garganta ou desconforto respiratório)? () Não () Sim. Data do início dos sintomas: ____/____/____.

Viagem recente: () Não () Sim. Local e data: _____

Teve contato com caso Suspeito/Positivo. () Não () Sim. Quem? _____

Resultado do Teste: () Positivo () Negativo Outros: _____

Profissional responsável: _____ Uberaba, ____/____/2020

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: ____ Sexo: ____ Tel: () _____

Endereço: _____

Nome da Mãe: _____

Queixa de sintomas de síndrome respiratória (febre, tosse, dor de garganta ou desconforto respiratório)? () Não () Sim. Data do início dos sintomas: ____/____/____.

Viagem recente: () Não () Sim. Local e data: _____

Teve contato com caso Suspeito/Positivo. () Não () Sim. Quem? _____

Resultado do Teste: () Positivo () Negativo Outros: _____

Profissional responsável: _____ Uberaba, ____/____/2020

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: ____ Sexo: ____ Tel: () _____

Endereço: _____

Nome da Mãe: _____

Queixa de sintomas de síndrome respiratória (febre, tosse, dor de garganta ou desconforto respiratório)? () Não () Sim. Data do início dos sintomas: ____/____/____.

Viagem recente: () Não () Sim. Local e data: _____

Teve contato com caso Suspeito/Positivo. () Não () Sim. Quem? _____

Resultado do Teste: () Positivo () Negativo Outros: _____

Profissional responsável: _____ Uberaba, ____/____/2020