



LAUDO TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE DENGUE

DADOS DO PACIENTE

Nome completo: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

CNS/CPF: _____

Amostra: Sangue Fabricante do teste: _____ Lote número: _____

Método: Imunocromatografia

Data da realização do exame: ____/____/____

Data do início dos sintomas: ____/____/____

INTERPRETAÇÃO DO RESULTADO

() Amostra Reagente para IgM

() Amostra Não Reagente para IgM

() Amostra Reagente para IgG

() Amostra Não Reagente para IgG

() Amostra Reagente para NS1

() Amostra Não Reagente para NS1

VALOR DE REFERÊNCIA: NÃO REAGENTE

****Todo resultado, reagente ou não reagente, deverá ser contextualizado conforme quadro clínico e cenário epidemiológico no momento da coleta.***

RESPONSÁVEL PELA REALIZAÇÃO DO EXAME

Nome Completo: _____

(Carimbo e assinatura)

ENFERMEIRO(A)/MÉDICO(A) RESPONSÁVEL

Nome Completo: _____

(Carimbo e assinatura)