



Município de Ilha Comprida
Estância Balneária
Departamento de Saúde



Paciente: Ivon Heitor de Silva. ID.: _____

Sexo: () Fem. (x) Masc.

D. N.: 21 / 06 / 82.

Médico Solicitante: João Américo.

Teste Rápido para Detecção de Anticorpos COVID-19

Teste: SARS-CoV-2

Testada marca Helix

Lote: 20201201

Método: Imunocromatografia

Amostra: () sangue total (punção digital)

Data da coleta 21/06/21.

(x) swab rápido

Resultado do teste: (x) Positivo { () IgG () Negativo
(x) IgM

Valor de Referencia: Negativo

Observações:

- 1- O teste rápido é utilizado como apoio diagnóstico para COVID-19
- 2- O teste rápido indicará apenas a presença de anticorpos IgG e IgM para SARS-CoV-2 na amostra e não deve ser usada como o único critério para o diagnóstico de infecções do Coronavírus. Como para todo diagnóstico, devem ser consideradas outras informações como as manifestações clínicas, que são passadas e avaliadas pelos médicos.
- 3- Salientamos que as condutas a serem seguidas após a realização do Teste são as passadas pela equipe Médica e de Enfermagem, mas descritas em termos de isolamento.

Kemaly B. Souza
Enfermeira
Coreli-SB 437004

Responsável pela realização do teste: _____

(Assinatura e carimbo)



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____ Data de Nascimento: ____/____/____
Data de Atendimento: ____/____/____ Nº FAA: _____ Hora: _____
Médico: _____ CRM: _____

CENTRO DE ATENDIMENTO COVID-19

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido COVID- Domiciliar

Eu, Ivan Helene de Silva, RG nº 323565682, CPF nº 31579967092, residente e domiciliado na Luro Gonçalves Voz, 96 Bairro Burtonio, CEP, na cidade de 11925000, Estado SP, na condição de Paciente e/ou Responsável, declaro que fui devidamente informado(a) pelo médico(a) Dr.(a) Lucas Vitor sobre a necessidade de isolamento a que devo ser submetido(a), bem como as pessoas que residem no mesmo endereço ou dos trabalhadores domésticos que exercem atividades no âmbito residencial, com data de início 21/03/21, previsão de término 03/04/21, local de cumprimento da medida domiciliar.

Nome das pessoas que residem no mesmo endereço que deverão cumprir medida de isolamento domiciliar:

1. Ivoneide Alves de Silva
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Assinatura do Paciente e/ou Responsável: x

Data: 21 / 03 / 21 Hora: 07 : 36

ASSINATURA CARIMBO MÉDICO

Kemaly B. Souza
Enfermeira
Código 437004

ASSINATURA CARIMBO ENFERMEIRO