

**FORMULÁRIO**

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE TESTAGEM DE SOROLOGIA**

**CÓDIGO:**  
**FP.CMED.013**

**REVISÃO: 00**

**PÁGINA:1/1**

Prontuário: \_\_\_\_\_ CNS: \_\_\_\_\_ MOV: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_ Mãe: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Responsável: \_\_\_\_\_ Função: \_\_\_\_\_

Entrada: \_\_\_\_\_ Ala: \_\_\_\_\_ ID: \_\_\_\_\_ Enf.: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

➤ REALIZOU EXAMES DE PRÉ NATAL: ( ) SIM ( ) NÃO

SE SIM, QUAIS: HIV 1 ( ) ; HIV 2 ( ) ; HCV ( ) ; HBSAG ( ) ; VDRL ( ) ; CITOMEGALOVIRUS ( ) ;  
TOXOPLASMOSE ( ) ; HERPES ( ) ; HTLV ( ) .

CASO POSITIVO INFORMAR QUAL: \_\_\_\_\_

DATA DE REALIZAÇÃO DE TESTE RÁPIDO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

PROFISSIONAL QUE REALIZOU: \_\_\_\_\_

RESULTADOS DOS TESTES RÁPIDOS:

HIV: \_\_\_\_\_ NR: \_\_\_\_\_

HCV: \_\_\_\_\_ NÃO REALIZADO POR FALTA NA UNIDADE: \_\_\_\_\_

HBSAG: \_\_\_\_\_ NR: \_\_\_\_\_

VDRL: \_\_\_\_\_ NR: \_\_\_\_\_

EU, \_\_\_\_\_, PORTADORA DO RG Nº \_\_\_\_\_,

AUTORIZO A EQUIPE CTA A REALIZAR VISITA DOMICILIAR EM CASO DE NECESSIDADE.

Assinatura Paciente: \_\_\_\_\_