

**FORMULÁRIO DE REGISTRO DE RESULTADOS TESTE RÁPIDO (DETECÇÃO DE ANTIGENO DE SARS-CoV-2)**

N.º DE ORDEM	DATA EXAME	NOME PACIENTE	MUNICÍPIO	SEXO	DATA NASC.	ENDEREÇO/TELEFONE	RESULTADO			ASSINATURA TÉCNICO		
					IDADE		TESTE					
							POS	NEG				
1	__/__/__				__/__/__							
						()						
2	__/__/__				__/__/__							
						()						
3	__/__/__				__/__/__							
						()						
4	__/__/__				__/__/__							
						()						
5	__/__/__				__/__/__							
						()						
6	__/__/__				__/__/__							
						()						
7	__/__/__				__/__/__							
						()						
8	__/__/__				__/__/__							
						()						
9	__/__/__				__/__/__							
						()						
10	__/__/__				__/__/__							
						()						

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

LEGENDA: POS = Positivo / NEG = Negativo