50 50

Prefeitura Municipal de Carmo do Paranaíba
Secretaria Municipal de Saúde

LAUDO DE RESULTADO DE TESTE RÁPIDO

NOME:_____ SEXO:_____ DN:____/____/_____

CARTÃO SUS:_____ CPF:_____ IDADE:____

NOME DA MÃE: _____

TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS ANTI-HIV / SÍFILIS / HEPATITES B E C

- **TESTE 1 DE HIV** (marca do teste): _____

  LOTE:_____ DATA DE VALIDADE:____/____/_____

  RESULTADO:_____

- **TESTE 2 DE HIV** (marca do teste): _____

  LOTE:_____ DATA DE VALIDADE:____/____/_____

  RESULTADO:_____

- **TESTE DE SÍFILIS** (marca do teste):_____

  LOTE:_____ DATA DE VALIDADE:____/____/_____

  RESULTADO:_____

- **TESTE HEPATITE B** (marca do teste):_____

  LOTE:_____ DATA DE VALIDADE:____/____/_____

  RESULTADO:_____

- **TESTE HEPATITE C** (marca do teste):_____

  LOTE:_____ DATA DE VALIDADE:____/____/_____

  RESULTADO:_____

ASSINATURA:_____ DATA: ____/____/_____