

**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
ASSESSORIA DE DST/AIDS E HEPATITES VIRAIS**



**Teste Rápido
Folha de Testagem Individual**

Local :

Data :

Paciente n° :

Teste: Hepatite B

Horário Inicial:

Horário Final:

**Resultado () Reagente
() Não Reagente**

Teste: Hepatite C

Horário Inicial:

Horário Final:

**Resultado () Reagente
() Não Reagente**

**Coleta de sangue p/ realização de sorologia () Sim () HIV
() Hep.B
() Hep.C**

() Não

Rubrica técnico :