



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPOS DO JORDÃO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PROGRAMA DST/HIV/AIDS
Rua Brigadeiro Jordão, 217 – Vila Abernética
Campos do Jordão/SP
Tel: (12) 3664-5484



Nome do Paciente:

Sexo :

Data Nascimento:

TESTES RÁPIDOS PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS ANTI-HIV

Amostra : sangue total por punção digital ou punção venosa

Data da coleta da amostra:

Nome do produto :

Lote:

Validade:

Método : Imunocromatografia

Resultado do teste: *Amostra Não Reagente para HIV*

Resultado definido com o Fluxograma, conforme estabelecido pela Portaria SVS-MS nº 29, de 17 de dezembro de 2013".

INTERPRETAÇÃO DO RESULTADO : *Amostra NEGATIVA para HIV*

Amostra não reagente para HIV: Em caso de suspeita de infecção pelo HIV, uma nova amostra deverá ser coletada 30 dias após a data da coleta desta amostra

Campos do Jordão _____ de _____ de 20____

Liberado por: _____