



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



Nome do Paciente: _____

Sexo : _____

Data Nascimento: _____

TESTES RÁPIDOS DE TRIAGEM PARA DETECÇÃO DE SÍFILIS

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 Sífilis***

Se persistir a suspeita clínica de sífilis, deve-se repetir esse fluxograma após 30 dias com a coleta de uma nova amostra para a exclusão do diagnóstico.

De acordo com a PORTARIA SVS-MS nº2.012, 19 DE OUTUBRO DE 2016

"O resultado laboratorial indica o estado sorológico do indivíduo e deve ser associado à sua história clínica e/ou epidemiológica".

Campos do Jordão _____ de _____ de 20____.

Liberado por: _____