**QUESTIONÁRIO PARA COLETA DO TESTE COVID-19**

Todos os dados solicitados neste questionário são essenciais para a execução correta do exame e são de inteira responsabilidade do colhedor.

1. **Informações**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Data de Nascimento:** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ | **CPF:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **Sexo:** | **F** |  | **M** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Endereço do paciente:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Número:** |  |  |  |  |  | **Município:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **Telefone:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. **Tipo de Exame a Ser Realizado**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **PESQUISA DO COVID-19 - TESTE DE ANTICORPO (Material: Soro) - Mínimo 7 dias de sintomas – R$ 150,00** |
|  | **SOROLOGIA PARA COVID-19 IGG (Material: Soro) Quimioluminescência - Mínimo 10 dias de sintomas – R$ 130,00** |
|  | **TESTE MOLECULAR: DIAGNÓSTICO MOLECULAR COVID-19 (Material: Swab de Nasofaringe) – R$ 300,00** |
|  | **TESTE MOLECULAR: DIAGNÓSTICO MOLECULAR COVID-19 URGENCIA (Material: Swab de Nasofaringe) – R$ 500,00** |

**Data da Coleta:** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_**Coletador Responsável:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Sintomas**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Febre** |  | **Tosse** |  | **Dor De garganta** |  | **Dificuldade de Respirar** |  | **Dor no Corpo** |  | **Sem sintomas** |  |

**Data do Início dos Sintomas:** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

O paciente teve contato próximo com uma pessoa que seja caso suspeito, provável ou confirmado de Novo CoronavírusCOVD19?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sim** |  | **Não** |  | **Relate o Caso:** |  |

**PESQUISA DO COVID-19 - TESTE DE ANTICORPO e SOROLOGIA PARA COVID-19 IGG:**

O exame laboratorial de anticorpos a que estou me submetendo **não tem a finalidade de detectar a presença do vírus, mas sim de anticorpos IgG e IgM contra o vírus (SARs-CoV), produzidos por meu sistema imunológico.**

Estou ciente que a sensibilidade dos testes disponíveis no mercado é baixa e quepor isso tenho que ter pelo menos de 10 a 15 dias de sintomas suspeitos para que osanticorpos sejam detectados.

Estou ciente que a coleta ideal para a realização do teste deve ser realizada 15 diasapós o início dos sintomas e que coletas precoces podem levar a **resultados falso-negativos ou indeterminados**.

Estou ciente que pode haver reação cruzada entre o vírus SARs-CoV2 e outrospatógenos, como vírus da dengue, do citomegalovírus, Epstein Barr, além dabactéria *Mycoplasma pneumoniae*, levando a **resultados falso-positivos**.

Entendo que resultados reagentes ou não reagentes não indicam ou descartamrespectivamente o diagnóstico da infecção ou mesmo ausência desta, devendo serrealizados novos exames, a critério do médico, para melhor investigação e quenovos exames, se necessário, não serão arcados pelo Laboratório e sim por mim oupor meu representante legal.

Tenho plena ciência que **o resultado do meu teste deve ser analisado em conjunto com a clínica médica e com o contexto epidemiológico em que me encontro** e que devo **observar atentamente as notas explicativas** que estarão no

Laudo**.**

Estou ciente de que o Laboratório é obrigado a realizar a **notificação compulsória** do resultado do meu exame, em conformidade com a legislação vigente,independentemente do resultado obtido;

Autorizo o Laboratório Laboratório Qualitá a enviar meu laudo para a Operadora de Plano de Saúde, para o Gestor do SUS ou para a empresa que pagou pelo meu teste, caso solicitado, isentando este estabelecimento de qualquer reflexo pertinente à quebra de sigilo da informação neste procedimento.

**Declaro serem verdadeiras as informações acima**

**Assinatura do Paciente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data: \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_**