

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: _____

2. Tipo de Exame a Ser Realizado

- TESTE MOLECULAR: DIAGNÓSTICO MOLECULAR COVID-19 (Material: Swab de Nasofaringe) – R\$ 300,00
 TESTE MOLECULAR: DIAGNÓSTICO MOLECULAR COVID-19 URGENTE* (Material: Swab de Nasofaringe) – R\$ 500,00
 TESTE DE AVALIAÇÃO DO ESTADO IMUNE ANTICORPO IgG - QUIMIOLUMINESCÊNCIA – R\$ 150,00
 PESQUISA DO COVID-19 - TESTE DE ANTICORPO (Material: Soro) - Mínimo 7 dias de sintomas – R\$ 150,00

*LIBERADO NO MESMO DIA DA COLETA

Data da Coleta: ____/____/____ Coletador Responsável: _____

3. 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 Coronavírus COVID19?

Sim Não Relate o Caso: _____

PESQUISA DO COVID-19 - TESTE DE ANTICORPO e TESTE DE AVALIAÇÃO DO ESTADO IMUNE ANTICORPO IgG – QUIMIOLUM.

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 que por isso tenho que ter pelo menos de 10 a 15 dias de sintomas suspeitos para que os anticorpos sejam detectados.

Estou ciente que a coleta ideal para a realização do teste deve ser realizada 15 dias após 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 outros patógenos, como vírus da dengue, do citomegalovírus, Epstein Barr, além da bactéria *Mycoplasma pneumoniae*, levando a **resultados falso-positivos.**

Entendo que resultados reagentes ou não reagentes não indicam ou descartam respectivamente o diagnóstico da infecção ou mesmo ausência desta, devendo ser realizados novos exames, a critério do médico, para melhor investigação e que novos exames, se necessário, não serão arcados pelo Laboratório e sim por mim ou por 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 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: ____/____/____

Autorizo a empresa em que sou colaborador e que arcou com os custos de meu exame a ter acesso a uma via do meu laudo:

Assinatura _____ Data: ____/____/____