

Relatório de Uso de Teste Rápido Anti-HIV em Acidente com Material Biológico

(Envio mensal)

Unidade de Saúde: _____

Data de recebimento do kit: ___/___/___

Marca do Kit de Teste rápido: _____

Testes realizados no mês de: _____

Número total de testes realizados: _____

Nome do paciente no qual o teste foi realizado	Nome do profissional acidentado	Resultado	Data	Nome realizador

Restam: ___ testes.

Data: ___/___/___

Chefe do Laboratório

ATENÇÃO: OS **TESTES ANTI-HIV DE REALIZAÇÃO RÁPIDA** DEVEM SER UTILIZADOS **SOMENTE NO PACIENTE-FONTE**.
NÃO É PERMITIDA A REALIZAÇÃO DE TESTES RÁPIDOS NO PROFISSIONAL ACIDENTADO.