

Laudo do Diagnóstico

Número de Registro:

Data: ___/___/___

Nome do paciente:

Sexo: () M () F

Data de nascimento: ___/___/___

TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE ANTICORPO PARA HEPATITE C - ANTI-HCV

Amostra : sangue total

Data da coleta da amostra: ___/___/___

TESTE :

Nome do produto :

Método : Imunocromatografia

Resultado do teste: **Amostra NÃO REAGENTE para o anticorpo para hepatite C (anti-HCV)**

OBSERVAÇÕES:

1) O teste rápido utilizado é um teste triagem para hepatite C

2) Amostra com resultado **NÃO REAGENTE** no teste rápido para triagem do anti-HCV: avaliar a janela imunológica e retornar após 90 dias para realizar novo exame.

Responsável Técnico:

(carimbo e assinatura)