

Fater Bloco c/ 300 UN



**SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
DE MATO GROSSO**

Prefeitura Municipal de Araputanga

Nome: _____ Idade: _____

Médico: _____

TESTE RÁPIDO PARA VDRL

RESULTADO _____

TESTE RÁPIDO PARA HBsAg

RESULTADO _____

MATERIAL: SANGUE TOTAL

TESTE RÁPIDO PARA HCV

RESULTADO _____

MATERIAL: SANGUE TOTAL

TESTE RÁPIDO PARA HIV

RESULTADO _____

MATERIAL: SANGUE TOTAL

TESTE RÁPIDO GLICEMIA CAPILAR

RESULTADO _____

MATERIAL: SANGUE TOTAL

_____/_____/_____
Data

Responsável