



## Formulário Teste Rápido Covid

### CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Marque no mínimo 02 itens que o paciente se enquadre para a cobertura do exame

1. *Marque todas que se aplicam.*

	Febre	Calafrios	Tosse	Dor de Garganta	Dor de Cabeça	Coriza	Perda de Paladar	Perda de Olfato
Pacientes com Sintomas Gripais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. *Marque todas que se aplicam.*

	Dispneia/desconforto respiratório	Pressão persistente no tórax	Saturação de oxigênio menor que 95% em ar ambiente	Coloração azulada dos lábios ou rosto
Pacientes com Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Marque pelo menos 01 item que o paciente se enquadre para a não cobertura do exame

3. Paciente deseja realizar o teste para alguma das finalidades abaixo

*Marque todas que se aplicam.*

- Contactante assintomático de caso confirmado
- Possui menos de 24 meses de vida
- Realizou teste rápido para Covid ou RT-PCR com resultado POSITIVO nos últimos 30 dias
- Indivíduos cuja finalidade do teste seja para retorno ao trabalho
- Indivíduos cuja finalidade do teste seja para controle de cura ou suspensão de isolamento
- Indivíduos cuja finalidade do teste seja para viagens ou eventos

4. CONCLUSÃO AUDITORIA

*Marque todas que se aplicam.*

- O paciente se enquadra nas diretrizes, portanto terá cobertura do exame
- O Paciente se enquadra em um item de exclusão, portanto não terá coberto do exame

5. Assinatura Profissional Responsável

\_\_\_\_\_

6. Assinatura Paciente