

**CENTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

**DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGIA**

**PROGRAMA ESTADUAL PARA A PREVENÇÃO E O CONTROLE DAS HEPATITES VIRAIS**

**Relatório de Testes Rápidos de Hepatites Virais**

* **Mês/ano:**
* **Município: Marau – RS – 6ª CRS**
* **Unidade de Saúde:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Testes Rápidos**  **Hepatite B** | **Testes Rápidos**  **Hepatite C** |
| **Nº total de testes realizados na CRS até o último dia deste mês vigente** |  |  |
| **Nº total de testes deste mês que apresentaram resultado positivo** |  |  |
| **Nº total de testes deste mês considerados inválidos** |  |  |
| **Quantidade de testes solicitados para o próximo mês** |  |  |

**Dados dos kits de testagem rápida recebidos pela CRS (incluir todos os lotes recebidos no último mês)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Teste/Laboratório** | **Lote** | **Validade** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**OBS.:**