

RELATÓRIO DE RASTREIO E REFERENCIAÇÃO

Unidade Móvel de Rastreio

Nome e apelidos: _____

Data: _____

A pessoa identificada foi atendida pela Unidade Móvel de Rastreio.
Assinou um consentimento informado antes de qualquer procedimento.
Foi-lhe prestada informação sobre prevenção. Foram realizados os
testes e obtidos os resultados positivos assinalados.

Teste	Teste realizado	Positivo / reativo*
VIH	☐	☐
Hepatite C (anticorpos)	☐	☐
Hepatite C (carga viral, ARN)	☐	☐
Hepatite B	☐	☐
Sífilis (teste rápido)	☐	☐
Outros: _____	☐	☐

*Na carga viral do VHC, positivo significa ARN detetado.
Uma caixa não assinalada não equivale a um resultado negativo.

O RESULTADO DO RASTREIO NÃO É DEFINITIVO

Requer avaliação médica e confirmação, quando aplicável.

Notas / observações:

É encaminhada para o hospital de referência para avaliação e confirmação. ☐

Cumpe os critérios para PREVENÇÃO COMBINADA
(acompanhamento em unidade específica, PrEP, PEP...). ☐

Ares do Pinhal

Rua José Inácio Andrade, lote 2, loja 10 B - Lisboa