



**Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro**  
Secretaria Municipal de Saúde  
Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância  
Gerencia Área Técnica de IST/AIDS  
Telefone: 3971-3035

### **LAUDO PARA TESTES RÁPIDOS**

Unidade de Saúde:  
Endereço:  
Telefone:  
Nome do paciente:  
Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino  
Data de Nascimento:

### **TESTES RÁPIDOS PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS ANTI – HIV**

Amostra: Sangue Total  
Data da realização do exame:

#### **TESTE 1**

Nome do Produto/Fabricante:  
Lote:  
Validade:  
Método: Imunocromatografia  
Resultado do Teste:  
 **AMOSTRA REAGENTE**  
 **AMOSTRA NÃO REAGENTE**

#### **TESTE 2**

Nome do Produto/Fabricante:  
Lote:  
Validade:  
Método: Imunocromatografia  
Resultado do Teste:  
 **AMOSTRA REAGENTE**  
 **AMOSTRA NÃO REAGENTE**

### **INTERPRETAÇÃO DO RESULTADO:**

**AMOSTRA DISCORDANTE**

**Responsável Técnico da Unidade de Saúde:**  
(assinatura e carimbo)

**Responsável pelo laudo:**  
(assinatura e carimbo)

**“Amostras discordantes após a realização do fluxograma 1, deverão ser coletadas uma amostra de sangue para TR2 do mesmo fabricante, persistindo a discordância dos resultados, uma amostra deverá ser coletada por punção venosa e encaminhada para ser testada com um dos fluxogramas definidos para laboratório.” Manual Técnico para Diagnóstico da Infecção pelo HIV 2016**

1) Resultado definido com o Fluxograma 1, conforme estabelecido pela Portaria nº 29 de 17 de dezembro de 2013;