

Nome da Instituição:

\_\_\_\_\_

Nome completo do profissional que realizou os testes rápidos (TR):

\_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

E-mail do profissional que realizou os TR:

Profissão:

\_\_\_\_\_

Confirmação do endereço da Instituição:

Rua: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Complemento: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Nome e e-mail do coordenador da unidade de saúde responsável pelos TR:

\_\_\_\_\_

E-mail do setor onde são realizados os testes rápidos na instituição:

\_\_\_\_\_

#### QUESTIONÁRIO:

De quais rodadas AEQ-TR você já participou: \_\_\_\_\_

Como você foi treinado para executar os TR (Assinale todos os tipos de treinamento que você já realizou):

( ) Treinamento Regional/Municipal ( ) Com profissional do meu serviço ( ) Equipe AEQ-TR

( ) TELELAB ( ) Com equipe do Ministério da Saúde ( ) Não fui treinado, executo conforme a bula

( ) Não fui treinado, aprendi a executar observando colegas de serviço

A quanto tempo você trabalha nesta unidade de saúde executando TR:

( ) Menos de 6 meses ( ) 6 meses a 1 ano ( ) 1 a 3 anos ( ) de 3 a 5 anos ( ) Mais de 5 anos

#### DADOS DE EXECUÇÃO DOS TESTES RÁPIDOS:

Data de recebimento do painel AEQ-TR: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data da execução dos TR: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Aspecto das 4 amostras após a hidratação: (Dissolução total – DT (solução límpida)/ Dissolução parcial - DP (presença de grumos)/ Ausência de dissolução - AD)

Amostra 1 ( ) Amostra 2 ( ) Amostra 3 ( ) Amostra 4 ( )

Lote do Painel AEQ-TR (presente no verso da embalagem plástica do painel): \_\_\_\_\_

### Realização do **Teste Rápido 1 (TR1)** para **HIV**:

Qual o **kit** utilizado para a avaliação do TR1 HIV? \_\_\_\_\_

Qual o **lote** do kit utilizado para a avaliação do TR1 HIV? \_\_\_\_\_

Qual a **validade** do kit utilizado para a avaliação do TR1 HIV? \_\_\_\_\_

Resultado da avaliação do TR1 para HIV para as 4 amostras (**Reagente - R ou Não Reagente - NR**)

Amostra 1 ( )                      Amostra 2 ( )                      Amostra 3 ( )                      Amostra 4 ( )

### Realização do **Teste Rápido 2 (TR2)** para **HIV**:

Qual o **kit** utilizado na avaliação do TR2 para HIV? \_\_\_\_\_

Qual o **lote** do kit utilizado para a avaliação do TR2 HIV? \_\_\_\_\_

Qual a **validade** do kit utilizado para a avaliação do TR2 HIV? \_\_\_\_\_

Resultado da avaliação do TR2 para HIV para as 4 amostras (**Reagente – R, Não Reagente – NR, Dispensa Execução de TR2 – DE**)

Amostra 1 ( )                      Amostra 2 ( )                      Amostra 3 ( )                      Amostra 4 ( )

### Avaliação do **Teste Rápido** para **Sífilis**:

A unidade realiza testes rápidos para Sífilis? ( ) Sim ( ) Não: *Não é necessário responder os itens abaixo*

Qual o **kit** utilizado na avaliação do TR para Sífilis? \_\_\_\_\_

Qual o **lote** do kit utilizado para a avaliação do TR para Sífilis? \_\_\_\_\_

Qual a **validade** do kit utilizado para a avaliação do TR para Sífilis? \_\_\_\_\_

Resultado da avaliação do TR para Sífilis (**Reagente - R - ou Não Reagente - NR**)

Amostra 1 ( )                      Amostra 2 ( )                      Amostra 3 ( )                      Amostra 4 ( )

### Avaliação do **Teste Rápido** para **HCV**:

A unidade realiza testes rápidos para Hepatite C? ( ) Sim ( ) Não: *Não é necessário responder os itens abaixo*

Qual o **kit** utilizado na avaliação do TR para HCV? \_\_\_\_\_

Qual o **lote** do kit utilizado para a avaliação do TR para HCV? \_\_\_\_\_

Qual a **validade** do kit utilizado para a avaliação do TR para HCV? \_\_\_\_\_

Resultado da avaliação do TR para HCV (**Reagente - R - ou Não Reagente - NR**)

Amostra 1 ( )                      Amostra 2 ( )                      Amostra 3 ( )                      Amostra 4 ( )

