

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE SAÚDE

Atesto que o paciente _____
foi submetido à testagem rápida para DENGUE pela SES – DF, tendo o resultado

TESTE RÁPIDO IgM () REAGENTE () NÃO REAGENTE
TESTE RÁPIDO IgG () REAGENTE () NÃO REAGENTE
TESTE RÁPIDO NS1 () REAGENTE () NÃO REAGENTE

Profissional de Saúde

Brasília, _____ de _____ de 20 _____.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE SAÚDE

Atesto que o paciente _____
foi submetido à testagem rápida para DENGUE pela SES – DF, tendo o resultado

TESTE RÁPIDO IgM () REAGENTE () NÃO REAGENTE
TESTE RÁPIDO IgG () REAGENTE () NÃO REAGENTE
TESTE RÁPIDO NS1 () REAGENTE () NÃO REAGENTE

Profissional de Saúde

Brasília, _____ de _____ de 20 _____.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE SAÚDE

Atesto que o paciente _____
foi submetido à testagem rápida para DENGUE pela SES – DF, tendo o resultado

TESTE RÁPIDO IgM () REAGENTE () NÃO REAGENTE
TESTE RÁPIDO IgG () REAGENTE () NÃO REAGENTE
TESTE RÁPIDO NS1 () REAGENTE () NÃO REAGENTE

Profissional de Saúde

Brasília, _____ de _____ de 20 _____.
