

Dr. Gustavo Cavalcante Macedo

CRM: 21017CE - Clínica médica

Nome: Cesar Augusto De Lima Passos**Data:** 16/03/2021**SOLICITO RT-PCR PARA COVID-19**

PACIENTE REFERE QUE HÁ 2 DIAS APRESENTA QUADRO DE CORIZA, DOR EM OROFARINGE, TOSSE, MIALGIA E FEBRE

SOLICITACAO

Solicitação de Exame PCR para SARS-CoV-2 (CORONAVÍRUS / COVID-19

Caro Prestador/Doutor, favor responder todos os questionamentos abaixo.

Obs: o questionário deve ser preenchido pelo médico solicitante, sendo obrigatório assinatura digital do mesmo.

1. Paciente está com Síndrome Gripal?

☒ (X) Sim

☐ () Não

2. O Paciente se enquadra na definição de caso suspeito ou provável de doença pelo COVID-19?

☒ (X) Sim

☐ () Não

3. Solicitação de exame após contato com caso confirmado de COVID-19?

☒ (X) Sim

☐ () Não

4. Já foi realizado algum exame anteriormente

RT-PCR

☐ () Sim

☒ (X) Não

Qual o resultado do exame?

☐ () Positivo

☐ () Negativo

Se o resultado for negativo, quando foi realizado o exame?

☐ () Há mais de uma semana

☐ () Há menos de uma semana

Sorologia

☐ () Sim

☒ (X) Não

Qual o resultado do exame?

☐ () Positivo

☐ () Negativo

Se o resultado for negativo, quando foi realizado o exame?

☐ () Há mais de uma semana

☐ () Há menos de uma semana

**ACESSE A RECEITA DIGITAL***

Aponte a câmera do celular, leitor de QR code ou

Visite <http://memed.com.br/p/r3usZg> - Código: 3020

* Documento assinado digitalmente. Para verificar a validade, visite <http://www.memed.com.br/receita/r3usZg>