

Nome completo do(a) paciente: _____

Data de nascimento: ____/____/____ CPF: _____ Sexo: () Fêmeo () Masculino

Raça/Cor: () Branca () Parda () Preta () Amarela () Indígena, Etnia: _____ () Ignorado

Nome do(a) responsável (se necessário): _____

Endereço: _____ Município/Estado: _____

Possui algum tipo de doença? Se sim, qual(is)? _____

Faz uso de remédio contínuo? Se sim, qual(is)? _____

PROVÁVEL MODO DE TRANSMISSÃO		
Transmissão vertical*	Transmissão Sexual	Transmissão sanguínea
<input type="checkbox"/> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sim 2. Não 	<input type="checkbox"/> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sim 2. Não 	<input type="checkbox"/> Uso de drogas injetáveis <input type="checkbox"/> Tratamento/hemotransfusão para hemofilia <input type="checkbox"/> Transfusão sanguínea <input type="checkbox"/> Acidente com material biológico

* passagem do vírus da mãe para o bebê durante a gestação.

Idade gestacional	Motivo do exame	Estágio da doença
<input type="checkbox"/> <ol style="list-style-type: none"> 1. 1º trimestre 2. 2º trimestre 3. 3º trimestre 4. Não se aplica 	<input type="checkbox"/> <ol style="list-style-type: none"> 1. Confirmação do diagnóstico 2. Avaliar indicação de tratamento 3. Monitorar tratamento 4. Gestante portadora de hepatite B 5. Investigação de transmissão vertical 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hepatite B aguda (B16) 2. Hepatite B crônica (B18.1) 3. Não se aplica

Realizou teste rápido para HBV? Se sim, qual resultado? _____

Declaro que compreendo todas as informações apresentadas neste documento e estou de acordo em realizar o teste.

Paciente ou Responsável

Porto Alegre, _____ de _____ de 20____.