

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* (menos comum)	Transmissão Sexual (menos comum)	Transmissão sanguínea
<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 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"/> 1. 1º trimestre <input type="checkbox"/> 2. 2º trimestre <input type="checkbox"/> 3. 3º trimestre <input type="checkbox"/> 4. Não se aplica	<input type="checkbox"/> 1. Confirmação do diagnóstico <input type="checkbox"/> 2. Avaliar indicação de tratamento <input type="checkbox"/> 3. Monitorar tratamento <input type="checkbox"/> 4. Gestante portadora de hepatite C <input type="checkbox"/> 5. Investigação de transmissão vertical	<input type="checkbox"/> Aguda <input type="checkbox"/> Fibrose <input type="checkbox"/> Cirrose <input type="checkbox"/> Câncer <input type="checkbox"/> Não se aplica

Realizou teste rápido para HCV? 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\_\_\_\_.