

Dados da Unidade de Saúde (campo de preenchimento obrigatório para qualquer notificação)		
Instituição:		
Selecionar o UF:		
Município:		
Nome completo da pessoa responsável pela notificação:		
Telefone (DDD+Número):		
E-mail:		
Data da Notificação:		
Dados do Insumo (campo de preenchimento obrigatório para qualquer notificação)		
Selecionar o teste fornecido:		
Lote do kit: (clique no campo para selecionar o número de lote)		
Validade do kit: (clique no campo para selecionar a data de validade)		
Intercorrência identificada (campo de preenchimento obrigatório para qualquer notificação)		
Selecionar o tipo de intercorrência:		
Preencher essa seção em caso de: TESTE INVÁLIDO OU SUSPEITA DE RESULTADOS FALSOS		
Informações do profissional executor		
O profissional realizou teste rápido há quanto tempo?		
O profissional realizou treinamento para a realização do teste rápido?	<input type="checkbox"/> Sim, qual a modalidade?	
Informações Relacionadas ao Insumo (se o usuário não tiver informações, preencher o campo ou perguntar ao fabricante)		
Em qual temperatura o kit estava armazenado? (informar corretamente o armazenamento para evitar resultados falsos)		
Há controle de umidade no local de armazenamento?		
Agora a abertura do envelope contendo a dispositividade do teste, quanto tempo levará até o teste ser executado?		
Qual coletor e tipo de amostra foram utilizados?		
Qual a quantidade da amostra adicionada ao cartão?		
Quantas gotas de tampão foram adicionadas ao poço do teste?		
O resultado foi dado quanto tempo após a adição do tampão?		
Preencher essa seção em caso de: SUSPEITA DE RESULTADO FALSO REAGENTE		
Paciente portante?		
Vacina da última 3 doses?	<input type="checkbox"/> Sim, qual(is) vacina(s)?	
Paciente possui doença autoimune?		
Testes complementares		
Selecionar qual o teste realizado:	Data do teste:	Resultado do teste:
Selecionar qual o teste realizado:	Data do teste:	Resultado do teste:
Selecionar qual o teste realizado:	Data do teste:	Resultado do teste:
Selecionar qual o teste realizado:	Data do teste:	Resultado do teste:
Preencher essa seção em caso de: SUSPEITA DE RESULTADO FALSO NÃO REAGENTE		
Tempo de corrida entre a expiração da riscada e a realização do teste:		
Paciente está em tratamento com antirretrovírus?		
Paciente está em tratamento para hepatite B?		
Paciente faz tratamento para sífilis?		
Paciente faz tratamento para hepatite C?		
Testes complementares		
Selecionar qual o teste realizado:	Data do teste:	Resultado do teste:
Selecionar qual o teste realizado:	Data do teste:	Resultado do teste:
Selecionar qual o teste realizado:	Data do teste:	Resultado do teste:
Selecionar qual o teste realizado:	Data do teste:	Resultado do teste:
Preencher essa seção em caso de: AVARIA OU FALTA DE INSUMO		
Identifique o item: (ex: lancete, tampão, fita, coletor, tubo, etc.)		
A caixa do kit estava lacrada no momento da reconstituição?		
Relatar ocorrida: (ex: quebra da pipeta, tempo de com calorecâmometro, envoltório de dispositivo aberto, lancete)		
Observações adicionais - anexar foto sempre que possível		
Resumo da investigação		



FORMULÁRIO PARA NOTIFICAÇÃO DE INTERCORRÊNCIAS COM TESTES RÁPIDOS FORNECIDOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE



Intercorrências com testes rápidos

Avaria ou falta de insumo: Embalagem danificada; Falta de rótulo nos insumos; Falta de insumos no kit; Mudança da cor da solução tampão; Falta de sílica; Falta da bula; travamento incorreto da lanceta; Deslocamento da membrana; etc.

Testes Inválidos: ausência da linha controle após execução do teste.

Suspeita de resultados falsos - quando a condição de saúde do indivíduo testado contradiz o resultado obtido no TR (não previstos em bula do fabricante):

- Resultado falso-reagente;
- Resultado falso-não reagente.



Demandam a realização de exames complementares

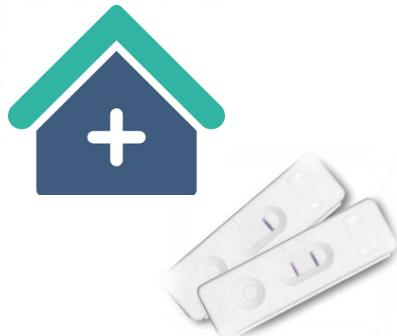
Exemplos de situações que podem gerar resultados falsos previstas em algumas bulas

Resultado falso reagente	Resultado falso não reagente
Hemodiálise	Terapia antirretroviral (para TR de HIV)
Vacinação da influenza H1N1 recente	Sistema imunitário comprometido
Doenças autoimunes	Pacientes imunosilenciosos
Gestantes	Janela imunológica



Intercorrências com testes rápidos

Quando um serviço de saúde observa intercorrência com testes rápidos, é necessário preencher o formulário de notificação, enviá-lo a sua Referência Técnica local e, se pertinente, notificar o Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC) da empresa fornecedora do teste.



Intercorrências nos testes rápidos de:
HIV
Sífilis
Duo HIV/Sífilis
Hepatite C
Hepatite B



SISLOGLAB
SISTEMA DE CONTROLE LOGÍSTICO DE INSUMOS LABORATORIAIS

Menu Principal

- Gerencial
- Boletim Consolidado
- Mapa Consolidado
- Relatórios
- Documentos
- Atualização Cadastral
- Rede de Distribuição
- Instituição Referência
- Comunicados
- Intercorrência**
- Fluxo de Notificação
- Formulário de Notificação
- Vídeo sobre formulário
- Referências Técnicas
- Sair



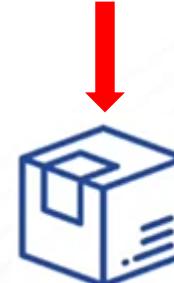
Formulário de notificação

Disponível no SISLOGLAB e no site
<https://www.gov.br/aids/pt-br/assuntos/testes-rápidos>

Avaliação pela
Referência
Técnica local



**Serviço de Atendimento
ao Consumidor (SAC)**



Formulário de notificação de intercorrências com testes rápidos



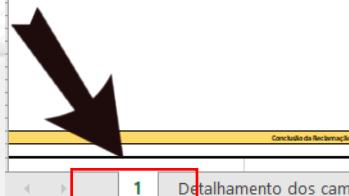
Formulário de Notificação de Intercorrência com Teste Rápido (2024.3)
Orçamento analisar com (*) para um litorânea e para o resultado do resultado - clique na barra da lista direta do círculo para obter a lista de opções

Dados da Unidade de Saúde	[campo de preenchimento obrigatório para qualquer notificação]	
Instituição:		
Servidor e UF:		
Município:		
Nome completo do responsável pela notificação:		
Telefone (DDD-Número):		
E-mail:		
Data da Notificação:		
Dados da Intercorrência [campo de preenchimento obrigatório para qualquer notificação]		
Selcionar o teste fornecido:		
Lote do kit: [campo de preenchimento obrigatório para qualquer notificação]		
Validade do kit: [campo de preenchimento obrigatório para qualquer notificação]		
Intercorrência identificada: [campo de preenchimento obrigatório para qualquer notificação]		
Selcionar o tipo de intercorrência:		
PERCORRER OS SEGUINDES: TESTE INVÁLIDO + UM SUSPEITA DE RESULTADO FALSO		
Informações do profissional notificador		
O profissional realiza teste rápido há quanto tempo?	1 dia(s) ou mais?	
O profissional realizou treinamento para realização de teste rápido?	Sim, qual é o seu nível?	
Informações sobre condições de armazenamento		
Em que temperatura o kit permaneceu antes de ser usado?		
Meio ambiente em que permaneceu o kit?		
Meio ambiente em que permaneceu o teste, quando fez o teste, quando trouxe o kit para ser verificado?		
Qual nível de confiabilidade?		
Qual qualidade de amostra utilizada?		
Qual nível de sensibilidade?		
O resultado foi lido quando tempo após a execução do teste?		
PERCORRER OS SEGUINDES: SUSPEITA DE RESULTADO FALSO REAGENTE		
Possui resultado?		
Vacina ou imunizante?	Se sim, qual(is) vacina(s)?	
Possui exames adicionais?		
Testes complementares		
Selecionar qual o teste realizado:	Data da teste:	Resultado do teste:
Selecionar qual o teste realizado:	Data da teste:	Resultado do teste:
Selecionar qual o teste realizado:	Data da teste:	Resultado do teste:
Selecionar qual o teste realizado:	Data da teste:	Resultado do teste:
PERCORRER OS SEGUINDES: SUSPEITA DE RESULTADO FALSO NÃO REAGENTE		
Tempo decorrido entre a exposição ao risco e a realização do teste:		
Possui resultado?		
Testes complementares		
Selecionar qual o teste realizado:	Data da teste:	Resultado do teste:
Selecionar qual o teste realizado:	Data da teste:	Resultado do teste:
Selecionar qual o teste realizado:	Data da teste:	Resultado do teste:
Selecionar qual o teste realizado:	Data da teste:	Resultado do teste:
PERCORRER OS SEGUINDES: AVARIA OU FALTA DE INSUMO		
Identifique o item: (ex: canudos, agulhas, tubos, molas, etc)		
Relatar o ocorrido: (ex: vazamento de líquido, tempo de armazenamento)		
Observações sobre o teste - anexar foto sempre que possível		
Resumo da Investigação		
Conclusão da Reclamação		
Detalhamento dos campos		

Campo	Descrição
Instituição:	Nome da instituição onde foi identificada a não conformidade no teste rápido.
Município:	Nome do município onde está localizada a instituição.
Selecionar a UF:	Unidade Federativa onde está localizada a instituição.
Nome completo do responsável pela notificação:	Nome completo do profissional responsável pela notificação da não conformidade no teste rápido e que poderá ser consultado sobre informações adicionais durante a investigação da notificação.
Telefone (DDD-Número):	Número de telefone que poderá ser utilizado para contato com o profissional responsável pela notificação.
E-mail:	E-mail que poderá ser utilizado para contato com o profissional responsável pela notificação.
Data da Notificação:	Informar a data em que o teste que apresentou a não conformidade foi realizado.
Selecionar o teste/fornecedor:	Identificar na lista para qual teste e/ou fornecedor está sendo notificada a intercorrência.
Lote do kit: (campo de seleção presente na etiqueta externa do teste)	Número do lote do teste (informado na embalagem externa do kit) no qual foi identificada a não conformidade.
Validade do kit: (campo presente na etiqueta externa do teste)	Data de validade do teste (informado na embalagem externa do kit) no qual foi identificada a não conformidade.
Selecionar o tipo de intercorrência:	Identificar na lista qual o tipo de intercorrência a que deseja notificar.
O profissional realiza teste rápido há quanto tempo?	Informar a quanto tempo o profissional que identificou a não conformidade no teste realiza testes rápidos na unidade de saúde.
O profissional realizou treinamento para realização de testes rápidos?	Identificar na lista qual o tipo de treinamento que foi realizado pelo profissional que identificou a não conformidade no teste.
Se sim, como foi:	Relatar se o treinamento em testes rápidos do profissional foi teórico e/ou prático.
Em qual temperatura o kit estava armazenado?	Identificar em qual temperatura o kit que apresentou a não conformidade estava armazenado.
Há controle de umidade no local de armazenamento?	Identificar se no local onde o kit que apresentou a não conformidade possuía controle de umidade.
Após a abertura do envelope contendo o dispositivo de teste, quanto tempo levou até o teste ser executado?	Identificar quanto tempo levou até que o teste que apresentou a não conformidade fosse executado, considerando o momento de abertura do envelope unitário.
Qual coletor e tipo de amostra foi utilizado?	Informar qual o tipo de coletor utilizado para coleta da amostra e se foi utilizado sangue total ou soro/plasma no teste que apresentou a não conformidade.
Qual a quantidade de amostra adicionada ao cassetete?	Identificar qual o volume de amostra biológica foi adicionado ao teste que apresentou a não conformidade.
Quantas gotas de tampão foram adicionadas ao poço do teste?	Informar quantas gotas de solução tampão foram adicionadas ao teste que apresentou a não conformidade.
O resultado foi lido quanto tempo após a adição do tampão?	Informar quantos minutos após a adição da solução tampão foi realizada a leitura do resultado do teste que apresentou não conformidade.
Paciente gestante?	Informar se o(a) paciente com a qual o teste apresentou não conformidade estava gestante no momento da testagem.
Vacinado nos últimos 3 meses?	Informar se o(a) paciente com a qual o teste apresentou não conformidade foi vacinado(a) nos três meses que antecederam a testagem.
Se sim, qual(is) vacina(s)?	Informar se o(a) paciente com a qual o teste apresentou não conformidade possui alguma doença autoimune.
Paciente possui doença autoimune?	Informar qual (a)s teste(s) complementar(es) foi(ram) realizado(s) que subsidiaram a conclusão da suspeita de um resultado falso reagente no teste notificado.
Selecionar qual o teste realizado:	Informar a(s) teste(s) complementar(es) que subsidiaram a conclusão de um resultado falso reagente no teste notificado.
Data do teste:	Informar a(s) teste(s) complementar(es) que subsidiaram a conclusão de um resultado falso reagente no teste notificado.
Resultado do teste:	Informar o resultado(s) dos teste(s) complementar(es) que subsidiaram a conclusão de um resultado falso reagente no teste notificado.
Tempo decorrido entre a exposição ao risco e a realização do teste:	Informar o tempo estimado entre a exposição de risco (do) paciente e o momento da realização do teste que apresentou não conformidade.
1. Paciente está em tratamento com antirretrovirais?	Informar se o(a) paciente com a qual o teste apresentou não conformidade realiza tratamento para a infecção pelo HIV.
2. Paciente está em tratamento para hepatite B?	Informar se o(a) paciente com a qual o teste apresentou não conformidade realiza tratamento para Hepatite B.
3. Paciente fez tratamento para sífilis?	Informar se o(a) paciente com a qual o teste apresentou não conformidade já realizou tratamento para sífilis em algum momento da vida.
4. Paciente faz ou fez tratamento para hepatite C?	Informar se o(a) paciente com a qual o teste apresentou não conformidade realizou ou já realizou tratamento para Hepatite C.
5. Selecionar qual o teste realizado:	Informar qual (a)s teste(s) complementar(es) foi(ram) realizado(s) que subsidiaram para a condução da suspeita de um resultado falso reagente no teste notificado.
Data do teste:	Informar a(s) teste(s) complementar(es) que subsidiaram para a condução da suspeita de um resultado falso reagente no teste notificado.
Resultado do teste:	Informar o(s) resultado(s) dos teste(s) complementar(es) que subsidiaram para a condução da suspeita de um resultado falso reagente no teste notificado.
Identifique o item: (ex: agulha, canudo, tubo, etc)	Informar qual (a)s teste(s) complementar(es) que subsidiaram para a condução da suspeita de um resultado falso reagente no teste notificado.
A caixa do kit estava lacrada no momento do recebimento?	Informar se a caixa do kit estava lacrada quando recebida na Unidade.
Relatar o ocorrido: (ex: vazamento de líquido, tempo de armazenamento)	Relatar o problema/não conformidade que gerou a notificação.
Observações adicionais - anexar foto sempre que possível	Descrever observações adicionais que sejam importantes para a investigação da não conformidade com o teste rápido.
Resumo da investigação	
Conclusão da Reclamação	
Detalhamento dos campos	

Detalhamento dos campos

Acesso rápido



Seções

Formulário de Notificação de Intercorrência com Teste Rápido (2024.3)

O preenchimento das (*) pressupõe a veracidade da ocorrência - clique no botão direito do mouse para exibir ajuda de navegação

Dados da Unidade de Saúde [campo de preenchimento obrigatório para qualquer notificação]

Notificante:
Selcionar a UF:
Nome completo:
Número completo do responsável pela notificação:
Telefone (DD+Número):
E-mail:
Data de Nascimento:

Dados do paciente [campo de preenchimento obrigatório para qualquer notificação]

Selcionar a idade do paciente:
Lote do kit: [campo de texto para informar número de lote]
Validade do kit: [campo de texto para informar validade do kit]
Intercorrência identificada: [campo de preenchimento obrigatório para qualquer notificação]

Selcionar a tipo de intercorrência:
Preencher essa seção em caso de: TESTE INVÁLIDO OU SUSPEITA DE RESULTADOS FALSOS

Informações do profissional notificador:
O profissional realiza teste rápido há quanto tempo?
O profissional realiza testes rápidos para realização de testes rápidos?
Informações sobre resultado das amostras:
Em que tempo o resultado das amostras é obtido?
Unidade de saúde ou local de exame:
Roda abertura de caixas e envio de amostras de fezes, quanto tempo leva a abertura das caixas?

Qual é a idade da amostra dividida em milhares?

Qual a quantidade de amostra dividida em milhares?

Quais os tipos de amostra fornecidas ao laboratório?

Quais os tipos de amostra fornecidas ao posto de saúde?

Quanto tempo leva a obtenção das amostras?

Preencher essa seção em caso de SUSPEITA DE RESULTADO FALSO REAGENTE

Paciente grande:
Vacinado com sarampo? Sí ou não?
Paciente possui doença autoimune?

Testes complementares:

Selcionar qual o teste realizado:
Preencher essa seção em caso de SUSPEITA DE RESULTADO FALSO NÃO REAGENTE

Tempo decorrido entre a coleta da amostra e a realização do teste:
Paciente está com clareza em relação ao resultado?
Paciente está com clareza para resultado DP?
Paciente está com clareza para resultado F?
Paciente está com clareza para resultado CP?

Testes complementares:

Selcionar qual o teste realizado:
Preencher essa seção em caso de AVARIA OU FALTA DE INSUMO

Identifique o item que apresenta maior probabilidade de causa da avaria ou falta de insumo:
A variação da validade da amostra é a principal causa da avaria?

Observações: Observar bem o teste - sempre foto sempre que possível

Resumo da Investigação

Conclusão da Reclamação

Preenchimento pela empresa

Detalhamento dos campos

- 1 Dados da Unidade de Saúde, do notificante e do teste que gerou a intercorrência; além do Tipo de intercorrência
- 2 Dados sobre testes inválidos ou suspeita de resultados falsos
- 3 Suspeita de resultado falso reagente
- 4 Suspeita de resultado falso não reagente
- 5 Dados sobre avaria ou falta de insumo
- 6 Observações
- 7 Dados sobre conduta e conclusão da investigação

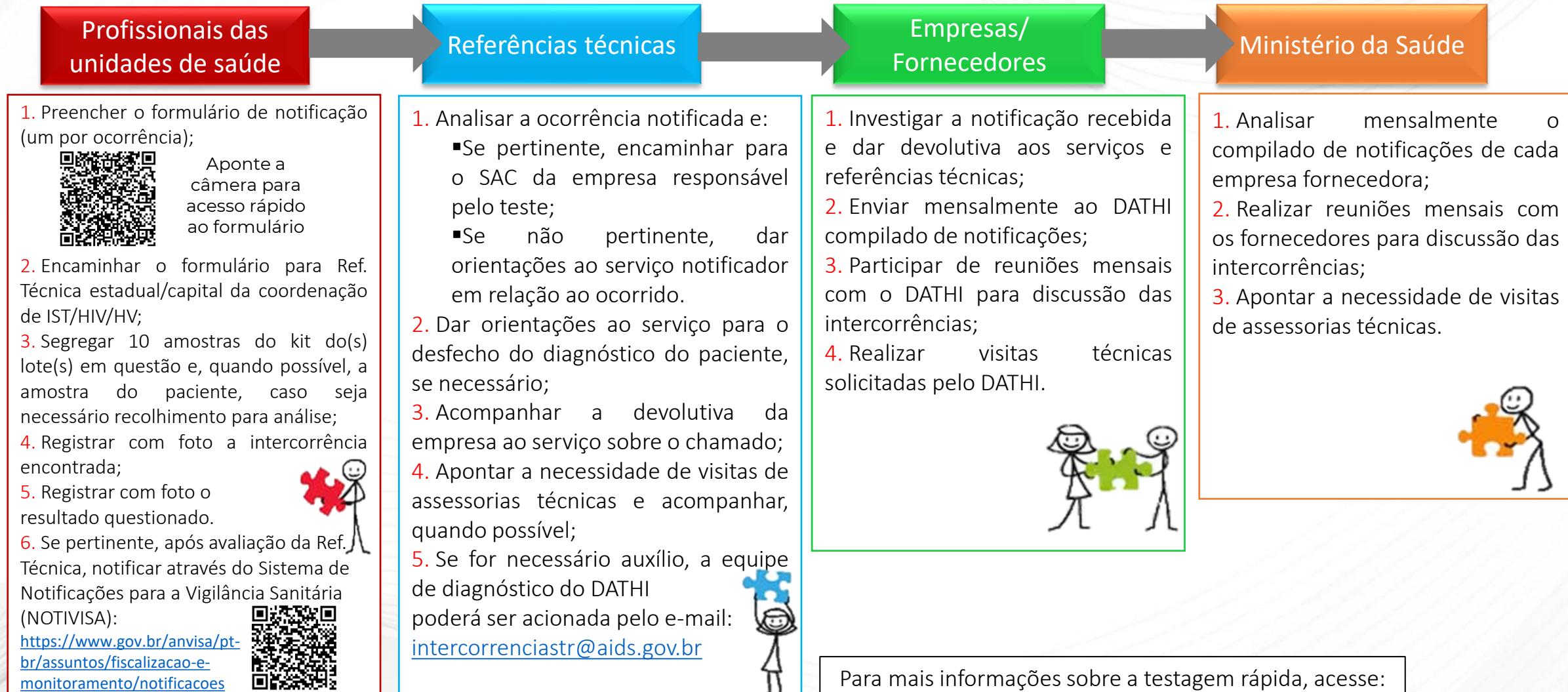
Responsabilidade de preenchimento

Unidade de Saúde Notificante

Preencha as seções considerando o tipo de intercorrência observada.

Empresa Notificada

Fluxo completo - notificação de intercorrências com testes rápidos



Para mais informações sobre a testagem rápida, acesse:
<https://www.gov.br/aids/pt-br/assuntos/testes-rápidos>

TESTE INVÁLIDO – Preencha as Seções 1 e 2

Formulário de Notificação de Intercorrência com Teste Rápido (2024.3)			
Os campos sinalizados com (*) possuem lista suspensa para seleção da resposta - clique no botão do lado direito da célula para exibir a lista de opções			
Dados da Unidade de Saúde (campos de preenchimento obrigatório para qualquer notificação)			
Instituição:			
Selecione a UF:*			
Município:			
Nome completo do responsável pela notificação:			
Telefone (DDD+Número):			
E-mail:			
Data da Notificação:			
Dados do Insumo (campos de preenchimento obrigatório para qualquer notificação)			
Selecione o teste/fornecedor:*			
Lote do kit: (número de lote presente na etiqueta externa da caixa)			
Validade do kit: (validade presente na etiqueta externa da caixa)			
Intercorrência Identificada (campo de preenchimento obrigatório para qualquer notificação)			
Selecione o tipo de intercorrência:*			
Preencher essa seção em caso de: TESTE INVÁLIDO OU SUSPEITA DE RESULTADOS FALSOS			
Informações do profissional executor			
O profissional realiza teste rápido há quanto tempo?			
O profissional realizou treinamento para realização de testes rápidos?**		Se sim, qual a modalidade?*	
Informações Relacionadas ao Insumo (se avaria ou falta de insumo, preencher apenas as perguntas sobre armazenamento)			
Em qual temperatura o kit estava armazenado? (informar caso o local de armazenamento não possua temperatura controlada)			
Há controle de umidade no local de armazenamento?*			
Após a abertura do envelope contendo o dispositivo de teste, quanto tempo levou até o teste ser executado?*			
Qual coletor e tipo de amostra foram utilizados?			
Qual a quantidade de amostra adicionada ao cassete?			
Quantas gotas de tampão foram adicionadas ao poço do teste?			
O resultado foi lido quanto tempo após a adição do tampão?			



SUSPEITA DE RESULTADO FALSO REAGENTE – Preencha as Seções 1, 2 e 3

Formulário de Notificação de Intercorrência com Teste Rápido (2024.3)			
Os campos sinalizados com (*) possuem lista suspensa para seleção da resposta - clique no botão do lado direito da célula para exibir a lista de opções			
Dados da Unidade de Saúde (campos de preenchimento obrigatório para qualquer notificação)			
Instituição:			
Selecione a UF:*			
Município:			
Nome completo do responsável pela notificação:			
Telefone (DDD+Número):			
E-mail:			
Data da Notificação:			
Dados do Insumo (campos de preenchimento obrigatório para qualquer notificação)			
Selecione o teste/fornecedor:*			
Lote do kit: (número de lote presente na etiqueta externa da caixa)			
Validade do kit: (validade presente na etiqueta externa da caixa)			
Intercorrência Identificada (campo de preenchimento obrigatório para qualquer notificação)			
Selecione o tipo de intercorrência:*			
Preencher essa seção em caso de: TESTE INVÁLIDO OU SUSPEITA DE RESULTADOS FALSOS			
Informações do profissional executor			
O profissional realiza teste rápido há quanto tempo?			
O profissional realizou treinamento para realização de testes rápidos?*		Se sim, qual a modalidade?*	
Informações Relacionadas ao Insumo (se avaria ou falta de insumo, preencher apenas as perguntas sobre armazenamento)			
Em qual temperatura o kit estava armazenado? (informar caso o local de armazenamento não possua temperatura controlada)			
Há controle de umidade no local de armazenamento?*			
Após a abertura do envelope contendo o dispositivo de teste, quanto tempo levou até o teste ser executado?*			
Qual coletor e tipo de amostra foram utilizados?			
Qual a quantidade de amostra adicionada ao cassete?			
Quantas gotas de tampão foram adicionadas ao poço do teste?			
O resultado foi lido quanto tempo após a adição do tampão?			
Preencher essa seção em caso de: SUSPEITA DE RESULTADO FALSO REAGENTE			
Paciente gestante?*			
Vacinado nos últimos 3 meses?*		Se sim, qual(is) vacina(s)?	
Paciente possui doença autoimune?*			
Testes complementares			
Selecione qual o teste realizado:*		Data do teste:	Resultado do teste:
Selecione qual o teste realizado:*		Data do teste:	Resultado do teste:
Selecione qual o teste realizado:*		Data do teste:	Resultado do teste:
Selecione qual o teste realizado:*		Data do teste:	Resultado do teste:

SUSPEITA DE RESULTADO FALSO NÃO REAGENTE – Preencha as Seções 1, 2 e 4



Formulário de Notificação de Intercorrência com Teste Rápido (2024.3)				
Os campos sinalizados com (*) possuem lista suspensa para seleção da resposta - clique no botão do lado direito da célula para exibir a lista de opções				
Dados da Unidade de Saúde (campos de preenchimento obrigatório para qualquer notificação)				
Instituição:				
Selecione a UF:*				
Município:				
Nome completo do responsável pela notificação:				
Telefone (DDD+Número):				
E-mail:				
Data da Notificação:				
Dados do Insumo (campos de preenchimento obrigatório para qualquer notificação)				
Selecione o teste/fornecedor:*				
Lote do kit: (número de lote presente na etiqueta externa da caixa)				
Validade do kit: (validade presente na etiqueta externa da caixa)				
Intercorrência Identificada (campo de preenchimento obrigatório para qualquer notificação)				
Selecione o tipo de intercorrência:*				
Preencher essa seção em caso de: TESTE INVÁLIDO OU SUSPEITA DE RESULTADOS FALSOS				
Informações do profissional executor				
O profissional realiza teste rápido há quanto tempo?				
O profissional realizou treinamento para realização de testes rápidos?*			Se sim, qual a modalidade?*	
Informações Relacionadas ao Insumo (se avaria ou falta de insumo, preencher apenas as perguntas sobre armazenamento)				
Em qual temperatura o kit estava armazenado? (informar caso o local de armazenamento não possua temperatura controlada)				
Há controle de umidade no local de armazenamento?*				
Após a abertura do envelope contendo o dispositivo de teste, quanto tempo levou até o teste ser executado?*				
Qual coletor e tipo de amostra foram utilizados?				
Qual a quantidade de amostra adicionada ao cassete?				
Quantas gotas de tampão foram adicionadas ao poço do teste?				
O resultado foi lido quanto tempo após a adição do tampão?				
Preencher essa seção em caso de: SUSPEITA DE RESULTADO FALSO NÃO REAGENTE				
Tempo decorrido entre a exposição ao risco e a realização do teste:				
Paciente está em tratamento com antirretrovirais?*				
Paciente está em tratamento para hepatite B?*				
Paciente fez tratamento para sífilis?*				
Paciente faz ou fez tratamento para hepatite C?*				
Testes complementares				
Selecione qual o teste realizado:*		Data do teste:		Resultado do teste:
Selecione qual o teste realizado:*		Data do teste:		Resultado do teste:
Selecione qual o teste realizado:*		Data do teste:		Resultado do teste:
Selecione qual o teste realizado:*		Data do teste:		Resultado do teste:



AVARIA OU FALTA DE INSUMO – Preencha as Seções 1 e 5

Formulário de Notificação de Intercorrência com Teste Rápido (2024.3)

Os campos sinalizados com (*) possuem lista suspensa para seleção da resposta - clique no botão do lado direito da célula para exibir a lista de opções

Dados da Unidade de Saúde (campos de preenchimento obrigatório para qualquer notificação)

Instituição:	
Selecione a UF:*	
Município:	
Nome completo do responsável pela notificação:	
Telefone (DDD+Número):	
E-mail:	
Data da Notificação:	

Dados do Insumo (campos de preenchimento obrigatório para qualquer notificação)

Selecione o teste/fornecedor:*	
Lote do kit: (número de lote presente na etiqueta externa da caixa)	
Validade do kit: (validade presente na etiqueta externa da caixa)	

Intercorrência Identificada (campo de preenchimento obrigatório para qualquer notificação)

Selecione o tipo de intercorrência:*	
--------------------------------------	--

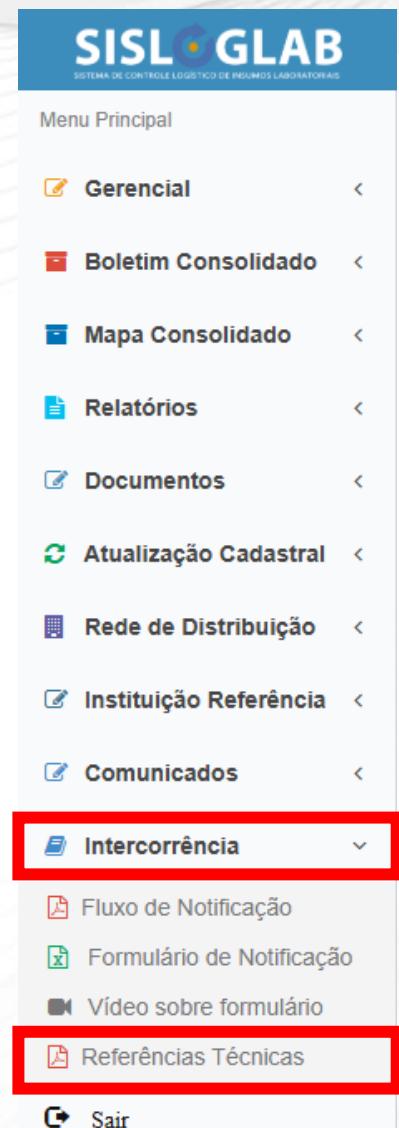
Preencher essa seção em caso de: AVARIA OU FALTA DE INSUMO

Identifique o item: (ex: lanceta, tampão, bula, coletor, rótulo, etc)	
A caixa do kit estava lacrada no momento do recebimento?*	
Relatar o ocorrido: (ex: ausência das pipetas, tampão com coloração marrom, envelope do dispositivo aberto, lanceta quebrada, etc)	

Em Resumo...

De acordo com o fluxo para notificação de intercorrências com testes rápidos, o formulário deve ser preenchido (um para cada intercorrência identificada) e enviado para a Referência Técnica em Diagnóstico local. Após avaliação da pertinência, este deve ser enviado diretamente para o SAC da empresa fornecedora do kit (o contato se encontra na embalagem externa do kit ou no guia instrutivo).

Caso seja necessário pesquisar qual é a Referência Técnica em diagnóstico do seu serviço de saúde, uma lista atualizada com os contatos das Referências Técnicas está disponível no SISLOGLAB.
No menu principal, clique em “**Intercorrência**”, e logo após em “**Referências Técnicas**”.



SISLOGLAB
SISTEMA DE CONTROLE LOGÍSTICO DE INSUMOS LABORATORIAIS

Menu Principal

- Gerencial
- Boletim Consolidado
- Mapa Consolidado
- Relatórios
- Documentos
- Atualização Cadastral
- Rede de Distribuição
- Instituição Referência
- Comunicados
- Intercorrência
- Fluxo de Notificação
- Formulário de Notificação
- Vídeo sobre formulário
- Referências Técnicas

Sair

Atenção

- É importante que os profissionais de saúde estejam capacitados para executar e interpretar resultados de testes rápidos adequadamente;
- Os profissionais executores de TR devem conhecer os fluxogramas para diagnóstico do HIV, da sífilis e das hepatites virais para identificar adequadamente resultados falsos;
- O profissional executor e os gestores devem conhecer o fluxo para notificação de intercorrências com TR e aplicá-lo corretamente, com adequado preenchimento dos formulários de notificação;
- Referências técnicas devem estar atentas para avaliar as intercorrências registradas e apoiar a qualidade da testagem rápida no SUS;
- O Ministério da Saúde pode ser incluído em cópia, ou acionado se necessário apoio durante as notificações/investigações, através do e-mail: intercorrenciastr@aids.gov.br



Saiba mais em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/assuntos/testes-rapidos>



intercorrenciastr@aids.gov.br

<https://www.gov.br/aids/pt-br/assuntos/testes-rapidos>



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

Governo
Federal