

FORMULÁRIO: PROGRAMAÇÃO PARA AQUISIÇÃO DOS TESTES RÁPIDOS DE ANTÍGENO

A Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações (CGPNI), do Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis (DEIDT), da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), em conjunto com a Coordenação-Geral de Saúde Pública (CGLAB), do Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde (DAEVS), convidam os gestores dos estados para preencherem o formulário abaixo, com o objetivo de auxiliar no processo de programação do quantitativo necessário para elaboração do Termo de Referência para a aquisição de testes rápido de antígenos para diagnóstico de COVID-19.

***Obrigatório**

Dados institucionais

Descreva os campos conforme é solicitado, questões entre 1 a 5.

1. Estado *

PERNAMBUCO

2. Nome do respondente *

ROSELENE HANS

3. Cargo/Função do respondente *

DIRETORIA GERAL DE LABORATÓRIO DE SAÚD



4. E-mail para contato *

lacenpediretoria@gmail.com

5. Telefone para contato *

(81)98612595

Dados sobre Testes Rápidos de Antígenos

Perguntas de 6 a 10.

6. O estado tem interesse em receber gratuitamente do MS teste rápido de antígeno? *

☒ Sim

☐ Não

6.1 Se não, justifique:

Sua resposta

7. Se sim, o estado dispõe de capacidade técnica e operacional para a realização dos testes? *

☒ Sim

☐ Não



8. Se sim, qual o quantitativo de teste rápido de antígeno desejado para ser utilizado pelo período de 12 (doze) meses? *

A quantidade em testes diagnósticos (*estimativa)

800.000|

9. Se sim, em qual(is) estratégia(s) esses testes serão utilizados? *

- ☐ Assistencial
- ☒ Confirmação de Casos
- ☐ Monitoramento Contatos
- ☐ Outras opções, especifique:

9.1. Justifique e detalhe a (s) estratégias (s) planejadas (s) *

DETECÇÃO PRECOCE DE CASOS DE COVID-19



10. Se sim, sabendo das indicações e limitações desses testes, qual seriam as populações elencadas para sua utilização, visando atender as estratégias de assistência e vigilância epidemiológica? *

- ☐ Gestantes no momento do parto
- ☐ Trabalhadores de saúde
- ☐ População Indígena Aldeada
- ☐ População Indígena Não Aldeada
- ☐ População Rural
- ☐ População Ribeirinha
- ☒ Contatos de Casos Confirmados
- ☐ Outra (s)

10.1 Especifique qual (is) e justifique *

RASTREAMENTO DE CONTATOS DE CASOS DE

Enviar

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google. [Denunciar abuso](#) - [Termos de Serviço](#) - [Política de Privacidade](#)

Google Formulários

