

Projeto Sentinela

***População masculina
usuária de clínicas de DST***

Caderno de Registro

Número das Etiquetas

de

--	--	--	--	--

a

--	--	--	--	--

Brasília - DF

Ministério da Saúde

PROJETO SENTINELA

***População masculina
usuária de Clínicas de DST***

Caderno de Registro

Brasília-DF
dezembro 2000

ORIENTAÇÕES GERAIS

Este caderno destina-se a registrar:

- ♦ Os dados cadastrais dos responsáveis pelo projeto em cada sítio-sentinela (coordenador local e responsável pelo laboratório); e
- ♦ O número das etiquetas, a idade e outras observações necessárias.

Obs.: O preenchimento correto dos dados é de responsabilidade do coordenador local do sítio-sentinela, que, ao final, deverá conferir a cartilha antes de enviá-la à CN-DST/AIDS (vide endereço na página 14)

DADOS CADASTRAIS

INSTITUCIONAL

Instituição: _____

Sítio: _____

Cidade: _____ UF: _____

COORDENADOR

Nome: _____

Identidade: _____

Órgão emissor: _____

CPF: _____

Endereço residencial:

Rua: _____

Número: _____

Cidade: _____ UF: _____

CEP: _____

Tel.: _____ Fax: _____

E-mail: _____

Dados bancários:*

Banco: _____ número: _____

Agência: _____ número: _____

Conta corrente: _____

* Se não possuir conta corrente, escolher uma agência do Banco do Brasil para receber a ajuda de custo diretamente no caixa.

RESPONSÁVEL PELO LABORATÓRIO*

Nome: _____

Identidade: _____

Órgão emissor: _____

CPF: _____

Endereço residencial:

Rua: _____

Número: _____

Cidade: _____ UF: _____

CEP: _____

Tel.: _____ Fax: _____

E-mail: _____

Dados bancários*:

Banco: _____ número: _____

Agência: _____ número: _____

Conta corrente: _____

** Se não possuir conta corrente, escolher uma agência do Banco do Brasil para receber a ajuda de custo diretamente no caixa.*

Para uso da Coordenação Nacional de DST e Aids:

Código da Instituição: _____

Cartilha recebida em: _____

Encaminhado pagamento em: _____

Instituição: _____

NÚMERO ETIQUETA	IDADE	OBSERVAÇÃO

Instituição: _____

NÚMERO ETIQUETA	IDADE	OBSERVAÇÃO

Instituição: _____

NÚMERO ETIQUETA	IDADE	OBSERVAÇÃO

Instituição: _____

NÚMERO ETIQUETA	IDADE	OBSERVAÇÃO

Instituição: _____

NÚMERO ETIQUETA	IDADE	OBSERVAÇÃO

Instituição: _____

NÚMERO ETIQUETA	IDADE	OBSERVAÇÃO

ORIENTAÇÕES

Após o término da coleta:

1. Contatar a Coordenação Nacional de DST e Aids, para agendar o transporte das amostras.

Telefones: (61) 315-2520
(61) 315-2417
(61) 323-5897 (aceita ligações a cobrar)

2. Enviar este caderno, por correio, para:

Ministério da Saúde
Secretaria de Políticas de Saúde
Coordenação Nacional de DST e Aids
Projeto Sentinela - Unidade de Epidemiologia
Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Sobreloja, Sala 107
Brasília - DF
CEP 70058-900

NÚMERO DE AMOSTRAS COLETADAS

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
61	62	63	64	65	66	67	68	69	70
71	72	73	74	75	76	77	78	79	80
81	82	83	84	85	86	87	88	89	90
91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
101	102	103	104	105	106	107	108	109	110
111	112	113	114	115	116	117	118	119	120
121	122	123	124	125	126	127	128	129	130
131	132	133	134	135	136	137	138	139	140
141	142	143	144	145	146	147	148	149	150
151	152	153	154	155	156	157	158	159	160
161	162	163	164	165	166	167	168	169	170
171	172	173	174	175	176	177	178	179	180
181	182	183	184	185	186	187	188	189	190
191	192	193	194	195	196	197	198	199	200

Responsável

Ministério da Saúde
Secretaria Executiva
Editora - Coordenação de Processo Editorial/CGDI/SAA
SIA, trecho 4, lotes 540/610 – CEP 71200-040
Telefone: (61) 233-2020 fax: (61) 233-9558
Brasília-DF
dezembro 2000



www.aids.gov.br

