

Antibody Testing

Você recebeu um teste de anticorpos? *

- Sim, fui testado pelo menos uma vez para anticorpos
- Não, eu NÃO fui testado para anticorpos

Quantas vezes você foi testado para anticorpos? *

Qual foi o resultado do seu teste de anticorpos? *

- Testei positivo para ambos os anticorpos (IgG e IgM)
- Eu só testei positivo para anticorpos IgM
- Eu só testei positivo para anticorpos IgG
- Não sei o tipo de anticorpos, mas testei positivo.
- Testei negativo para anticorpos

Se você testou positivo e seu teste incluiu um valor de título, qual foi o valor para IgM?

Se você testou positivo e seu teste incluiu um valor de título, qual foi o valor para IgG?

Qual foi o tipo de teste? *

- Sangue
- Picada de dedo

Insira a data do teste de anticorpos (se você não se lembrar da data exata, insira uma estimativa). *

	Mês	Dia	Ano
Por favor selecione:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	2020

Esta foi uma data estimada?

Esta foi uma estimativa

Quem foi o fabricante do teste? (Selecione apenas o fabricante específico se tiver certeza. Caso contrário, selecione "Não sei".) *

- | | |
|----------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Abbott | <input type="radio"/> Ortho-Clinical Diagnostics Vitros |
| <input type="radio"/> Roche | <input type="radio"/> DiaSorin |
| <input type="radio"/> Mt. Sinai | <input type="radio"/> Não sei |
| <input type="radio"/> EuroImmuno | |

Você tem outro teste de anticorpos para relatar? *

- Sim
 Não

Qual foi o resultado do seu teste de anticorpos? *

- Testei positivo para ambos os anticorpos (IgG e IgM)
 Eu só testei positivo para anticorpos IgM
 Eu só testei positivo para anticorpos IgG
 Não sei o tipo de anticorpos, mas testei positivo.
 Eu testei negativo para anticorpos

Se você testou positivo e seu teste incluiu um valor de título, qual foi o valor (em mg/dL) para IgM? *

Se você testou positivo e seu teste incluiu um valor de título, qual foi o valor (em mg/dL) para IgG? *

Qual foi o tipo de teste? *

- Sangue
- Picada de dedo

Insira a data do teste de anticorpos (se você não se lembrar da data exata, insira uma estimativa). *

	Mês	Dia	Ano
Por favor selecione:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="2020"/>

Esta foi uma data estimada?

- Esta foi uma estimativa

Quem foi o fabricante do teste? (Selecione apenas o fabricante específico se tiver certeza. Caso contrário, selecione "Não sei".) *

- | | |
|----------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Abbott | <input type="radio"/> Ortho-Clinical Diagnostics Vitros |
| <input type="radio"/> Roche | <input type="radio"/> DiaSorin |
| <input type="radio"/> Mt. Sinai | <input type="radio"/> Não sei |
| <input type="radio"/> EuroImmune | |

Você tem outro teste de anticorpos para relatar? *

- Sim
 Não

Qual foi o resultado do seu teste de anticorpos? *

- Testei positivo para ambos os anticorpos (IgG e IgM)
 Eu só testei positivo para anticorpos IgM
 Eu só testei positivo para anticorpos IgG
 Não sei o tipo de anticorpos, mas testei positivo.
 Eu testei negativo para anticorpos

Se você testou positivo e seu teste incluiu um valor de título, qual foi o valor (em mg/dL) para IgM? *

Se você testou positivo e seu teste incluiu um valor de título, qual foi o valor (em mg/dL) para IgG? *



Qual foi o tipo de teste? *

- Sangue
- Picada de dedo

Insira a data do teste de anticorpos (se você não se lembrar da data exata, insira uma estimativa). *

	Mês	Dia	Ano
Por favor selecione:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="2020"/>

Esta foi uma data estimada?

- Esta foi uma estimativa

Quem foi o fabricante do teste? (Selecione apenas o fabricante específico se tiver certeza. Caso contrário, selecione "Não sei".) *

- | | |
|---------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Abbott | <input type="radio"/> Ortho-Clinical Diagnostics Vitros |
| <input type="radio"/> Roche | <input type="radio"/> DiaSorin |
| <input type="radio"/> Mt. Sinai | <input type="radio"/> Não sei |
| <input type="radio"/> EuroImmun | |