



Formulário Controle de Envio de Amostras - Agência Transfusional

Código: *FCEA-AT*

Revisão: *0*

Documento relacionado: *POP SUSAT002*

NOME DO PACIENTE:

COLAR ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO DA AMOSTRA

DATA DE NASCIMENTO:

NOME DO PACIENTE:

COLAR ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO DA AMOSTRA

DATA DE NASCIMENTO:

NOME DO PACIENTE:

COLAR ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO DA AMOSTRA

DATA DE NASCIMENTO:

NOME DO PACIENTE:

COLAR ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO DA AMOSTRA

DATA DE NASCIMENTO:

NOME DO PACIENTE:

COLAR ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO DA AMOSTRA

DATA DE NASCIMENTO:

NOME DO PACIENTE:

COLAR ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO DA AMOSTRA

DATA DE NASCIMENTO:

DOBRAR AQUI PARA IDENTIFICAÇÃO EXTERNA DA CAIXA

MATERIAL BIOLÓGICO – AMOSTRA DE SANGUE PARA EXAME

DADOS DO REMETENTE

Hospital requisitante: _____

Responsável pelo envio: _____

(nome/matricula)

Data/hora acondicionamento: _____

DADOS DO DESTINATÁRIO

Destino: Fundação Hemocentro de Brasília

() Sorologia () Imunohematologia () Hemostasia

Endereço: SMHN QD 03 Conjunto A Bloco 03. Brasília -DF CEP: 70.710-100

DADOS DE RECEBIMENTO

Recebido por: _____

(nome/matricula)

Data/hora recebimento: _____

Em caso de acidente com a amostra, ligar para 3327-4465 ou 3327-1037