



FUNDAÇÃO
Hemocentro
DE BRASÍLIA

Formulário de solicitação de exames sorológicos

Código: *FSES*

Revisão: *0*

Documento relacionado: *POP SUSAT002*

Hospital requisitante: _____

Nome do paciente: _____

Data de Nascimento: ___/___/_____ () Masculino () Feminino

Número de Prontuário: _____

Indicação clínica do exame: _____

Data da Coleta: ___/___/_____ Hora da coleta: ____ : ____

Exames solicitados

- | | | |
|---------------------------------------|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Anti-HBc | <input type="checkbox"/> HBsAg | <input type="checkbox"/> Anti-HCV |
| <input type="checkbox"/> Anti-HIV 1/2 | <input type="checkbox"/> Anti-HTLV I/II | <input type="checkbox"/> Chagas |
| <input type="checkbox"/> Sífilis | | |

Exames complementares

- | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Anti-HBs | <input type="checkbox"/> CMV IgM | <input type="checkbox"/> CMV IgG |
| <input type="checkbox"/> Toxo IgM | <input type="checkbox"/> Toxo IgG | |

Data: ___/___/_____

Carimbo - Médico solicitante
(Nome/CRM/assinatura)