

REQUISIÇÃO EVENTUAL DE EXAMES LABORATORIAIS AO HEMOCE		
É OBRIGATÓRIO PREENCHIMENTO DE TODOS OS DADOS SOB RISCO DE NÃO RECEBIMENTO DAS AMOSTRAS		
DATA DA SOLICITAÇÃO: ____/____/____		
DADOS DO PACIENTE		
PACIENTE: _____		
NOME DA MÃE: _____		
DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____	CPF: _____	SEXO: ()F ()M
ENDEREÇO: _____		MUNICÍPIO/UF: _____
DADOS CLÍNICOS		
EXAMES SOLICITADOS*		
* Solicitações de imunofenotipagem devem utilizar formulário específico		
DADOS DO SOLICITANTE		
UNIDADE DE SAÚDE SOLICITANTE: _____	MUNICÍPIO/UF: _____	
PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO): _____	TELEFONE DE CONTATO: _____	
	EMAIL PARA DISPONIBILIZAÇÃO DE RESULTADO: _____	
MÉDICO DO HEMOCE RESPONSÁVEL PELA AUTORIZAÇÃO**:		
DATA DA AUTORIZAÇÃO: ____/____/____	HORA: ____:____ h	
**O médico do serviço deverá discutir o caso com o médico do Hemoce para autorização, antes de enviar a solicitação para o laboratório		