

**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

OBS: Os tubos deverão ser identificados de forma legível com nome completo sem abreviaturas, data de nascimento, data da coleta e responsável pela coleta. Não serão processadas amostras em que haja dados divergentes entre os tubos e a requisição de exames