HEMOCE	SOLICITAÇÃO DE SANGRIA TERAPÊUTICA	FORM.ATF.0034
		REV: 2

Paciente:	
Data de nascimento:	Sexo: ( ) Fem ( ) Masc
Serviço de origem:	
Diagnóstico:	
Justificativa da sangria:	
Data do exame:_____/_____/_____ HB (g/dL):_____ Ht(%):_____ Ferritina: _____	Volume a retirar (mL):_____ Peso (Kg):_____
Quantidade de sangrias:	Intervalo entre sangrias:
Data da solicitação: _____ / _____ /_____	
Médico (a) solicitante: _____ ASSINATURA E CARIMBO	