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/matrícula)

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/matrícula)

Data/hora recebimento: _____

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