

TÍTULO:

Formulário Solicitação de Exames
Sorológicos

CÓDIGO:

F 01 POP Gsat 02

VERSÃO:

0

VIGENTE ATÉ:

28/02/2026

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

☐ Anti-HBc

☐ HBsAg

☐ Anti-HCV

☐ Anti-HIV 1/2

☐ Anti-HTLV I/II

☐ Chagas

☐ Sífilis

Exames complementares

☐ Anti-HBs

☐ CMV IgM

☐ CMV IgG

☐ Toxo IgM

☐ Toxo IgG

Data: ____/____/____

Carimbo - Médico solicitante
(Nome/CRM/assinatura)