



REQUISIÇÃO DE EXAMES - DOADORES DE TECIDO OCULAR

HEMOCENTRO: _____

Nº NA _____

Dados de Identificação:

Data de Nascimento: ____/____/____ Sexo: _____ CNS: _____ CPF: _____

Registro de Internação: _____ RG: _____ Nome da Mãe: _____

Endereço: _____

CEP: _____ Município: _____

Dados da coleta

Data da COLETA da amostra: _____ Horário da COLETA da amostra: _____

Responsável pela COLETA: _____ COREN: _____

Data do ACONDICIONAMENTO na caixa térmica: _____ Horário do ACONDICIONAMENTO: _____

Em caso de dúvida favor entrar em contato com o Laboratório de Sorologia/NAT através dos fones: (48) 3251-9719/9721

ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS**REQUISIÇÃO/RESULTADO DE EXAMES**

HOSPITAL/CLÍNICA _____

NOME _____

ETIQUETA - HEMOSC

IDADE _____

SEXO

M ☐ F ☐

RAÇA/COR

A ☐ B ☐ Par. ☐ Pret. ☐ Ind. ☐

PESO _____

ALTURA _____

CLÍNICA _____

ENFERMARIA _____

LEITO _____

DADOS CLÍNICOS**DOADOR DE TECIDO OCULAR (MOTIVO 24)****MATERIAIS A EXAMINAR****SANGUE TOTAL COLETADO SEM ANTICOAGULANTE (8,5 mL)****SANGUE TOTAL COLETADO COM EDTA (PPT-K) - BIOLOGIA MOLECULAR (5,0 ml)****EXAMES SOLICITADOS****(X) 20 - SOROLOGIA PARA DOADORES DE TECIDO OCULAR:****ANTI-HIV 1 e 2****ANTI-HTLV I/II****HBsAg, ANTI-HBc, ANTI-HBs,****ANTI-HCV****(X) TESTE DE AMPLIFICAÇÃO DE ÁCIDOS NUCLÉICOS (NAT): HIV e HCV**

DATA _____

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO _____