

RQ 0524 - PROVA CRUZADA CROSS MATCH FORMULÁRIO DE REQUISIÇÃO DE EXAMES

COLE AQUI ETIQUETA DB

TODOS OS DADOS SÃO IMPRESCINDÍVEIS

Dados do Paciente

Nome completo: _____ Sexo: Masc Fem

CPF: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Médico solicitante: _____

CRM: _____

Informações de coleta da amostra

Data da coleta: ____/____/____ Horário: ____:____

Indicação do exame

- Transplante (CROSS). Qual? _____
- Teste de fertilidade (CROSF)
- Prova autóloga (CROSA)

Dados esposo/Potencial doador

Nome do esposo: _____

Nome do potencial doador: _____

Informar grau de relacionamento/parentesco: _____

Houve transplante prévio? () SIM () NÃO

Data do transplante: ____/____/____

Transfusão sanguínea? () SIM () NÃO

Data da última transfusão: ____/____/____

Número de gestações prévias: _____

Número de aborto: _____

Medicações em uso - paciente: _____

Medicações em uso - esposo/potencial doador: _____

Importante: o envio de formulários incompletos acarretará no cancelamento do exame.

Referente a IT-0032 Controle de Documentos e Registros/ Versão 01