

TODOS OS DADOS SÃO IMPRESCINDÍVEIS

Prezado (a), os dados a seguir são necessários para a correta realização do exame.
Por favor, preencha os campos abaixo com a letra legível para que a análise possa ser realizada com as informações corretas.

Dados do solicitante

Hospital clínica: _____

Nome completo: _____

E-mail: _____

Tel: () _____ CRM: _____

Data da solicitação: ____/____/____

Dados da amostra

Data da coleta: ____/____/____

Tipo de amostra: _____

Dados do paciente

Nome completo: _____

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

Endereço: _____

E-mail: _____

Tel: () _____ Sexo: Masculino Feminino

Peso: _____ Kg

Dados do paciente

Septina 9 (4812 - plasma)*

Septina 9 (3858 - sangue total)