

COLE AQUI
ETIQUETA DB

RQ-1389 FORMULÁRIO PARA ANÁLISES DE FERTILIDADE

***Preencher TODOS os dados abaixo e com letra legível para que a análise possa ser realizada com informações corretas.**

Dados do paciente

Nome do paciente: _____

Data de nascimento: ____ / ____ / ____ Sexo: Masculino Feminino CPF: _____

Instituição solicitante: _____

E-mail: _____ Telefone: _____

Médico solicitante: _____ CRM: _____

E-mail: _____ Telefone: _____

Autorização para exame em menor de idade

Declaro que eu, _____, portador(a) do CPF nº _____, nascido(a) no dia ____ / ____ / ____ sou responsável legal pelo(a) menor de idade _____ e autorizo o laboratório a realizar exames e análises clínicas, conforme necessário, em conformidade com as leis e regulamentações aplicáveis.

Material

MATERIAL: Soro Sangue periférico Outros

Semanas de gestação: _____ Gemelar: Sim Não

Nome do coletador: _____

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

Indicações clínicas: _____

Análise solicitada

Atividades de células Natural Killer

Perfil de citocinas