



REQUISIÇÃO DE EXAME DE SANGUE, URINA OU FEZES (EMPRESARIAL)

Dados do paciente:

NOME: CPF: SEXO: ☐ F ☐ M
DATA DE NASCIMENTO: / / PROFISSÃO:
NOME DA MÃE:
CONVÊNIO:

Exames requisitados

Medicamento(s) e observações clínicas:

Dados do requisitante:

NOME: ASSINATURA E CARIMBO
HORÁRIO DA COLETA: : DATA: / /

Importante:

- O recebimento da amostra está condicionado à identificação de paciente e médico, informações clínicas e laboratoriais legíveis, bem como data e horário da coleta, conforme as normas do(a) CFM, AMB, ANVISA, ONA, SBP, SBC E S BPC.
- Para informações sobre coleta, conservação e transporte das amostras, acesse o nosso site www.ipdlaboratorios.com.br.
- Este documento pode sofrer alterações sem aviso prévio, portanto, imprima-o somente para uso imediato.

Elaborado por: Jéssica Trobine Aprovado por: Lyvia Batista Revisado por: Fernando Moreira

Disponível em: SANTO >> ORGANIZAÇÃO >> DOCUMENTOS >> ID 1571 REQUISIÇÃO DE EXAME DE SANGUE, URINA OU FEZES

