

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Paciente: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Convênio: _____

Cirurgia Proposta: _____

Especialidade: _____

Equipe Cirúrgica: _____

Data: ____/____/____ Hora: ____:____

COLE A ETIQUETA AQUI

HEMOCOMPONENTE	QUANTIDADE
Concentrado de Hemácias Filtrado	
Concentrado de Plaquetas Filtrado	
Concentrado de Plaquetas por Aférese Filtrado	
Plasma Fresco Congelado	

Assinatura do Responsável pelo Preenchimento: _____

Nome do Médico Solicitante: _____

FOR.CC.011.JUN.2028.V03

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Paciente: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Convênio: _____

Cirurgia Proposta: _____

Especialidade: _____

Equipe Cirúrgica: _____

Data: ____/____/____ Hora: ____:____

COLE A ETIQUETA AQUI

HEMOCOMPONENTE	QUANTIDADE
Concentrado de Hemácias Filtrado	
Concentrado de Plaquetas Filtrado	
Concentrado de Plaquetas por Aférese Filtrado	
Plasma Fresco Congelado	

Assinatura do Responsável pelo Preenchimento: _____

Nome do Médico Solicitante: _____

FOR.CC.011.JUN.2028.V03