

	SERUM HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA FORMULÁRIO DE LIBERAÇÃO DE SANGUE INCOMPATÍVEL	
---	---	---

LIBERAÇÃO DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS INCOMPATÍVEIS

Nome do Paciente: _____

Matrícula ou Registro: _____ Data da Transfusão: _____

Diagnóstico:

Descrição de Incompatibilidade:

Confirmo que autorizo a transfusão de sangue incompatível para o paciente acima especificado.

Assinatura e carimbo do médico assistente

Assinatura e carimbo do Hemoterapeuta do SERUM Hematologia e Hemoterapia.