UnB | HUB

AGÊNCIA TRANSFUNCIONAL
HUB - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA
Centro de Hemoterapia

Paciente: _____

Data de Nascimento: _____ Sexo: ( )F ( )M

Registro Hospitalar: _____ Clinica: _____

CNES														

SOLICITAÇÃO DE EXAMES

( ) Tipagem Sanguínea
( ) Coombs Indireto
( ) Coombs Direto
( ) Eluato

DADOS CLÍNICOS:

_____

_____

_____

Data: _____

Médico Solicitante: _____
(Assinatura e Carimbo)

UnB | HUB

AGÊNCIA TRANSFUNCIONAL
HUB - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA
Centro de Hemoterapia

Paciente: _____

Data de Nascimento: _____ Sexo: ( )F ( )M

Registro Hospitalar: _____ Clinica: _____

CNES														

SOLICITAÇÃO DE EXAMES

( ) Tipagem Sanguínea
( ) Coombs Indireto
( ) Coombs Direto
( ) Eluato

DADOS CLÍNICOS:

_____

_____

_____

Data: _____

Médico Solicitante: _____
(Assinatura e Carimbo)