HEMOBA	DEVOLUÇÃO DE HEMOCOMPONENTES	DH
		Rev. 5

AGÊNCIA TRANFUSIONAL OU CLIENTE CONVENIADO:

N°	N° DA BOLSA	TIPO DE HEMOCOMPONENTE	ABO RH	DATA DE RECEBIMENTO			DATA DE VALIDADE			MOTIVO DA DEVOLUÇÃO
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										

AGÊNCIA TRANSFUSIONAL

SAÍDA DA AGÊNCIA TRANSFUSIONAL							CHEGADA À FUNDAÇÃO HEMOBA						
ENTREGUE POR (CARIMBO E ASSINATURA)	DATA			HORA		TEMPERATURA SAIDA (ºC)	RECEBIDO POR (CARIMBO E ASSINATURA)	DATA			HORA		TEMPERATURA CHEGADA (ºC)

CLIENTE CONVENIADO

SAÍDA DA UNIDADE CONVENIADA							CHEGADA À UNIDADE FORNECEDORA						
ENTREGUE POR (CARIMBO E ASSINATURA)	DATA			HORA		TEMPERATURA SAÍDA (ºC)	RECEBIDO POR (CARIMBO E ASSINATURA)	DATA			HORA		TEMPERATURA CHEGADA (ºC)