

FORMULÁRIO DE DADOS CADASTRAIS PARA IRRADIAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES – CLIENTES EXTERNOS

Pré-requisitos:

1. Todos os campos serão obrigatoriamente preenchidos, com dados fidedignos, anexado a Relatório Médico. Sem os quais não receberemos os hemocomponentes para iniciar o processo de irradiação;
2. O Cliente Externo deverá encaminhar suas próprias Etiquetas de Validação, a mesma configura-se como indicador comprobatório da efetivação do processo de irradiação;
3. As irradiações funcionarão de Segunda a Sexta-feira pela manhã ou vide contrato pactuado.

DADOS CADASTRAIS POR PACIENTE:

Nome completo sem abreviatura:	
Nome completo da Mãe ou Responsável:	
Número Cartão do SUS:	
Raça/cor e Contato Telefônico:	
Data de Nascimento e Nº do CPF:	
Número do RG e Órgão emissor:	
Data de Expedição do RG:	
Endereço com CEP:	
Numeração da(s) Bolsa(s) e Tipo de Hemocomponente(s):	

DADOS CADASTRAIS POR PACIENTE:

Nome completo sem abreviatura:	
Nome completo da Mãe ou Responsável:	
Número Cartão do SUS:	
Raça/cor e Contato Telefônico:	
Data de Nascimento e Nº do CPF:	
Número do RG e Órgão emissor:	
Data de Expedição do RG:	
Endereço com CEP:	
Numeração da(s) Bolsa(s) e Tipo de Hemocomponente(s):	

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO: _____ () HEMOBA () OUTROS _____