Tabela de ensaios realizados nos hemocomponentes devolvidos			
Hemocomponente:		Código da Doação	
Validade:	_____/_____/_____	Hospital de origem:	
Processo nº :_____			

Nº do descarte no SistHemo:_____

Responsável pela entrega – Hospital (nome/matrícula):_____

Responsável pelo recebimento na DCQ:_____

Motivo da Devolução:	
( ) Suspeita de hemólise	( ) Contaminação Microbiana
( ) Lipemia	( ) Outra
( ) Icterícia	
( ) Presença de coágulos	
( ) Contaminação por hemácias	

Resultados da Investigação

Data do ensaio	Teste	Critério de Aceitação	Resultado	Conf.	NC

Conclusão:

( ) Hemocomponente conforme ( ) Hemocomponente não–conforme

Responsável/matrícula: _____ **Data:** _____/____/____