



FUNDAÇÃO
Hemocentro
DE BRASÍLIA

Formulário de Solicitação de Hemocomponentes

Código: *FSH*

Documento relacionado: *POP Gsat 001*

Revisão: 1

HOSPITAL/INSTITUIÇÃO: _____

RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO: _____

NOME/MATRÍCULA

DATA: ____ / ____ / ____ HORA: _____

H.C	ABO/Rh	O+	O-	A+	A-	B+	B-	AB+	AB-
	CH	Estoque							
Solicitado									
Liberado									

H.C	ABO	O	A	B	AB
	PFC	Estoque			
Solicitado					
Liberado					

Solicitações Especiais: _____

Observações: _____

Responsável Técnico:

(Nome legível / CRM / Assinatura)