



**HERMES  
PARDINI**

## DOSAGEM DE ETANOL

PEDIDO Nº.:

1- Método: cromatografia gasosa / material: plasma fluoretado. \_\_\_\_\_

2- Nome do Paciente: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

Identidade: \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_

3- Nome do Responsável pela Coleta: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

Identidade: \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

4- Motivo da realização do teste: ☐ Concurso ☐ Exame admissional ☐ Exame periódico ☐ Solicitação judicial

☐ Avaliação clínica do uso de Etanol Outros: \_\_\_\_\_

5- Nome do solicitante do teste: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

Identidade do solicitante: \_\_\_\_\_

6- Termo a ser preenchido pelo responsável pela coleta:

Eu, abaixo assinado, certifico que a amostra identificada por este formulário foi obtida sob minha supervisão direta da coleta, pertencendo ao paciente que assina este formulário. Atesto que esta amostra apresenta o mesmo número de identificação deste formulário, e que foi rotulada e selada na presença do paciente.

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

7- Termo a ser preenchido pelo paciente:

Eu, abaixo assinado, consenti de livre e espontânea vontade que uma amostra de meu sangue fosse colhido e testado para o Etanol, sob supervisão direta do responsável pela coleta. Eu isento todos os médicos, profissionais de laboratório, hospitais, clínicas, laboratórios e empresas envolvidos na realização deste teste de todas e quaisquer responsabilidades advindas das informações contidas no resultado do meu teste. Eu certifico que a amostra rotulada com o número de identificação deste formulário é idêntica à contida no frasco que foi selado em minha presença.

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

8- OBSERVAÇÃO: para menores de 18 anos: são necessários o nome e a assinatura do responsável (pais ou tutor):

Nome do responsável: \_\_\_\_\_ Identidade: \_\_\_\_\_

Assinatura do responsável: \_\_\_\_\_

9- Cadeia de Custódia:

Data/hora	Amostra entregue por	Amostra recebida por	Motivo da troca
	Paciente (não é necessário preencher este campo)		
	Nome: Ass:		
	Nome: Ass:		
	Nome: Ass:		
	Nome: Ass:		

10- Aceitável para análise ☐ Sim ☐ Não

Comentários: \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE: É OBRIGATÓRIO O PREENCHIMENTO COMPLETO DOS CAMPOS (EXCETO CAMPO 10). O NÃO PREENCHIMENTO COMPLETO E ENVIO DESTE FORMULÁRIO ACARRETARÁ NA NÃO EXECUÇÃO DO TESTE.**