 ODE - SUDS DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA	Unidade de Saúde: _____	LIBERAÇÃO DE SORO ANTI-PEÇONHENTO	N.º _____
---	-------------------------	--	-----------

Nome do Paciente: _____

Reg. Clínico/GAE: _____ Data de Nascimento: ____/____/____ Sexo: ☐ Masc. ☐ Fem.

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Telefone: _____

ANIMAL PEÇONHENTO ☐ BOTHROPS ☐ LACHESIS ☐ SERPENTE NÃO IDENTIFICADA
☐ CROTALUS ☐ MICRURUS (Elapídico) ☐ ARANHA - ESCORPIÃO

Soro Solicitado: _____ N.º de ampolas: _____

Data: ____/____/____

Assinatura e Carimbo: _____

Nome do Paciente: _____ Reg. Clínico/GAE: _____

Soro Liberado N.º: _____ Tipo: _____ N.º de ampolas: _____


Laboratório Produtor: _____

Lote: _____

Data: ____/____/____

Responsável pela Farmácia: _____

OBSERVAÇÃO: Este cartão deverá acompanhar o soro

 ODE - SUDS DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA	Unidade de Saúde: _____	LIBERAÇÃO DE SORO ANTI-PEÇONHENTO	N.º _____
--	-------------------------	--	-----------

Nome do Paciente: _____

Reg. Clínico/GAE: _____ Data de Nascimento: ____/____/____ Sexo: ☐ Masc. ☐ Fem.

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Telefone: _____

ANIMAL PEÇONHENTO ☐ BOTHROPS ☐ LACHESIS ☐ SERPENTE NÃO IDENTIFICADA
☐ CROTALUS ☐ MICRURUS (Elapídico) ☐ ARANHA - ESCORPIÃO

Soro Solicitado: _____ N.º de ampolas: _____

Data: ____/____/____

Assinatura e Carimbo: _____

Nome do Paciente: _____ Reg. Clínico/GAE: _____

Soro Liberado N.º: _____ Tipo: _____ N.º de ampolas: _____

Laboratório Produtor: _____

Lote: _____

Data: ____/____/____

Responsável pela Farmácia: _____

OBSERVAÇÃO: Este cartão deverá acompanhar o soro