

# DOSAGEM DE ETANOL

PEDIDO Nº: \_\_\_\_\_

1 - Exames Solicitados:  **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 do 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 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 – Para uso do Setor técnico: 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 ACARRETERÁ NA NÃO EXECUÇÃO DO TESTE.**