

PARA ENVIO DE AMOSTRAS COM IRREGULARIDADES

(O preenchimento de todos os dados é obrigatório)

Laboratório Parceiro: _____

Código do Cliente: _____ Número da OS: _____

Responsável pela solicitação: _____

Nome do(a) paciente: _____

Exames: _____

Amostras encaminhadas apresentando as seguintes não conformidades:

ATENÇÃO: Reforçando nosso compromisso de qualidade e conformidade junto às creditações requeridas, informamos que os materiais enviados em desacordo com o descrito no manual de exames, serão processados somente com consentimento do laboratório parceiro. O processamento de materiais enviados em recipientes e/ou matriz biológica não validados, poderá apresentar resultado inconclusivo. Esse termo não é garantia do processamento de alguma amostra irregular. Todos os casos serão analisados pela assessoria.

Declaro para os devidos fins, que tomo ciência e autorizo a realização do exame do(a) paciente supracitado(a), dada(s) à(s) irregularidade(s) apresentada(s) por mim, assumindo total responsabilidade pelo(s) resultado(s) obtido(s) de acordo com essas condições e, também, isentando o Brasil Apoio Medicina Diagnóstica de qualquer ônus que venha lhe ser imputado.

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura do(a) responsável pela solicitação e carimbo com conselho de classe (CRF, CRBM, CRM, CRBIO)