

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA AMOSTRAS LÍQUIDAS

PACIENTE: _____

CPF: _____ DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

Eu, _____

CPF _____, DECLARO que a amostra do(a) paciente **foi devidamente acondicionada em frasco contendo álcool 70% na proporção de 2:1** (2mL de álcool para cada 1mL de amostra líquida). Estou ciente de que a amostra deve ser enviada imediatamente ao IPPF após a coleta.

ASSINATURA RESPONSÁVEL

_____, ____ de _____ de 20____.

Diagnósticos em favor da vida desde 1975!

Documento: FOR50
Data: 29/05/2025
Revisão: 02

Passo Fundo: (54) 3327-3327 | Passo Fundo 1: Matriz - Rua Teixeira Soares, 885, Centro | **Passo Fundo 2:** Hospital de Clínicas - Rua Uruguai, 590 | **Passo Fundo 3:** Kozma Premium - Rua Eduardo de Brito, 1570 | **Passo Fundo 4:** Kozma PET/CT - Rua Uruguai, 2050 | **Ijuí (55) 3195-0828:** Rua João Perondi, 07 | **Florianópolis (48) 3209-0235:** Imunocore - Rua Doutor Carlos Correa, 141 | **Chapecó (49) 3329-5861:** Kozma Medicina Diagnóstica - Rua São Marcos, 1259