



CADEIA DE CUSTÓDIA FORENSE E CONTROLE

COLE AQUI ETIQUETA DB
Apenas na 1º via (Branca)

Laboratório apoiado:

Código DB:

DADOS DO INVESTIGADO

ETAPA 01 - DADOS DO PACIENTE

Nome:

RG: CPF: Data Nasc:

End:

Cidade: UF: Sexo: F M

Data: _____ de _____ de 20____. Hora da Coleta: _____ h

Eu certifico que forneci minha amostra ao coletor; que não adulterei a amostra de nenhuma maneira; que a amostra utilizada foi selada com um lacre de segurança em minha presença; e que a informação neste formulário e na etiqueta do envelope da amostra está correta.

Assinatura do Paciente: _____

(Conforme documento de identificação)



Digital obrigatória
Apenas na 1º via
(Branca)

FINALIDADE DO TESTE

ETAPA 02 - FINALIDADE DO TESTE

Renovação CNH:
 Nova Habilitação Renovação Mudança de Cat. Nº CNH:

Empregado CLT:
 Admissão Demissão Empresa:

Concurso Público.

Outros motivos:

TIPO DE AMOSTRA

ETAPA 03 - TIPO DE AMOSTRA

Tipo de coleta:

Normal Pelos recém cortados

Amostra A:

Cabelo
 Pelo _____
(Qual região do corpo)

Amostra B:

Cabelo
 Pelo _____
(Qual região do corpo)

Toma ou já tomou algum medicamento prescrito ou não-prescrito nos últimos 6 meses?

Não Sim, especifique: _____

COLETOR

ETAPA 04 - COLETOR

Eu certifico que a amostra do paciente identificado na ETAPA 01 deste formulário foi coletada, etiquetada e lacrada de acordo com os requisitos necessários.

Nome do Coletor:

RG: Assinatura do Coletor: _____

TESTEMUNHA

ETAPA 05 - TESTEMUNHA (Não pode ser a mesma pessoa que realiza a coleta)

Nome da testemunha:

RG: Assinatura da testemunha: _____

RECEBIMENTO DA AMOSTRA

ETAPA 06 - RECEBIMENTO DA AMOSTRA/ EXCLUSIVO DO LABORATÓRIO DE APOIO

Amostra/ lacre intacto:

Sim Não Obs:

Nome do Aux. de triagem:

Assinatura do Aux. de triagem: _____

1º VIA - DB (BRANCA)
2º VIA - LAB. COLETOR (VERDE)
3º VIA - PACIENTE (AMARELA)



CADEIA DE CUSTÓDIA FORENSE E CONTROLE

COLE AQUI ETIQUETA DB
Apenas na 1ª via (Branca)

Laboratório apoiado:

Código DB:

DADOS DO INVESTIGADO

ETAPA 01 - DADOS DO PACIENTE

Nome:

RG: CPF: Data Nasc: / /

End:

Cidade: UF: Sexo: F M

Data: _____ de _____ de 20____. Hora da Coleta: _____ h

Eu certifico que forneci minha amostra ao coletor; que não adulterei a amostra de nenhuma maneira; que a amostra utilizada foi selada com um lacre de segurança em minha presença; e que a informação neste formulário e na etiqueta do envelope da amostra está correta.

Assinatura do Paciente: _____

(Conforme documento de identificação)



Digital obrigatória
Apenas na 1ª Via
(Branca)

FINALIDADE DO TESTE

ETAPA 02 - FINALIDADE DO TESTE

Renovação CNH:
 Nova Habilitação Renovação Mudança de Cat. Nº CNH:

Empregado CLT:
 Admissão Demissão Empresa:

Concurso Público.

Outros motivos:

TIPO DE AMOSTRA

ETAPA 03 - TIPO DE AMOSTRA

Tipo de coleta:
 Normal Pelos recém cortados

Amostra A:

Cabelo
 Pelo _____
(Qual região do corpo)

Amostra B:

Cabelo
 Pelo _____
(Qual região do corpo)

Toma ou já tomou algum medicamento prescrito ou não-prescrito nos últimos 6 meses?

Não Sim, especifique: _____

COLETOR

ETAPA 04 - COLETOR

Eu certifico que a amostra do paciente identificado na ETAPA 01 deste formulário foi coletada, etiquetada e lacrada de acordo com os requisitos necessários.

Nome do Coletor:

RG: Assinatura do Coletor: _____

TESTEMUNHA

ETAPA 05 - TESTEMUNHA (Não pode ser a mesma pessoa que realiza a coleta)

Nome da testemunha:

RG: Assinatura da testemunha: _____

RECEBIMENTO DA AMOSTRA

ETAPA 06 - RECEBIMENTO DA AMOSTRA/ EXCLUSIVO DO LABORATÓRIO DE APOIO

Amostra/ lacre intacto:
 Sim Não Obs:

Nome do Aux. de triagem:

Assinatura do Aux. de triagem: _____

1ª VIA - DB (BRANCA)
2ª VIA - LAB. COLETOR (VERDE)
3ª VIA - PACIENTE (AMARELA)



CADEIA DE CUSTÓDIA FORENSE E CONTROLE

COLE AQUI ETIQUETA DB
Apenas na 1ª via (Branca)

Laboratório apoiado:

Código DB:

DADOS DO INVESTIGADO

ETAPA 01 - DADOS DO PACIENTE

Nome:

RG: CPF: Data Nasc: / /

End:

Cidade: UF: Sexo: F M

Data: _____ de _____ de 20____. Hora da Coleta: _____ h _____

Eu certifico que forneci minha amostra ao coletor; que não adulterei a amostra de nenhuma maneira; que a amostra utilizada foi selada com um lacre de segurança em minha presença; e que a informação neste formulário e na etiqueta do envelope da amostra está correta.

Assinatura do Paciente: _____
(Conforme documento de identificação)



Digital obrigatória
Apenas na 1ª via
(Branca)

FINALIDADE DO TESTE

ETAPA 02 - FINALIDADE DO TESTE

Renovação CNH:
 Nova Habilitação Renovação Mudança de Cat. Nº CNH:

Empregado CLT:
 Admissão Demissão Empresa:

Concurso Público.

Outros motivos:

TIPO DE AMOSTRA

ETAPA 03 - TIPO DE AMOSTRA

Tipo de coleta:

Normal Pelos recém cortados

Amostra A:

Cabelo
 Pelo _____
(Qual região do corpo)

Amostra B:

Cabelo
 Pelo _____
(Qual região do corpo)

Toma ou já tomou algum medicamento prescrito ou não-prescrito nos últimos 6 meses?

Não Sim, especifique: _____

COLETOR

ETAPA 04 - COLETOR

Eu certifico que a amostra do paciente identificado na ETAPA 01 deste formulário foi coletada, etiquetada e lacrada de acordo com os requisitos necessários.

Nome do Coletor:

RG: Assinatura do Coletor: _____

TESTEMUNHA

ETAPA 05 - TESTEMUNHA (Não pode ser a mesma pessoa que realiza a coleta)

Nome da testemunha:

RG: Assinatura da testemunha: _____

RECEBIMENTO DA AMOSTRA

ETAPA 06 - RECEBIMENTO DA AMOSTRA/ EXCLUSIVO DO LABORATÓRIO DE APOIO

Amostra/ lacre intacto:

Sim Não Obs:

Nome do Aux. de triagem:

Assinatura do Aux. de triagem: _____