

HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO  
CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA

**SOLICITAÇÃO DIÁRIA DE HEMOGRAMA COMPLETO E PLAQUETAS**

**DATA:**

Ass e carimbo do médico

Leito	Leito 01	Leito 02	Leito 03	Leito 04	Leito 05
Nº laboratório <small>(PREENCHIDO PELO LAB.)</small>					
Nome					
Prontuário					
Leito	Leito 06	Leito 07	Leito 08	Leito 09	Leito 10
Nome					
Prontuário					

**SOLICITAÇÃO DIÁRIA DE COAGULOGRAMA**

**DATA:**

Leito	Leito 01	Leito 02	Leito 03	Leito 04	Leito 05
Nº laboratório <small>(PREENCHIDO PELO LAB.)</small>					
Nome					
Prontuário					
TAP/INR					
PTT					
Leito	Leito 06	Leito 07	Leito 08	Leito 09	Leito 10
Nº laboratório <small>(PREENCHIDO PELO LAB.)</small>					
Nome					
Prontuário					
TAP/INR					
PTT					