

**FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO E TRANSFERÊNCIA DE CQI HIV POSITIVO
PARA O ENSAIO DE IMUNOBLOT RÁPIDO DPP HIV - 1/2**

Nº da solicitação

1. SERVIÇO SOLICITANTE (LABORATÓRIO)

A. Instituição: _____

Responsável pela solicitação: _____
Assinatura/carimbo

_____/_____/_____
Data

2. INSTITUTO ADOLFO LUTZ - CENTRAL

| Lote | Nº de alíquotas | Volume | Prazo de Validade |
|-------------------|-----------------|--------|-------------------|
| Diluição 1:10 | | | |
| Diluição 1:100 | | | |
| Diluição 1:1.000 | | | |
| Diluição 1:10.000 | | | |

Responsável pela entrega

_____ / ____/____

Nome legível e assinatura

Data

Horário

T°C

Declaro que recebi a(s) alíquota(s) de soro acima descrita(s)

Responsável pelo Transporte

_____ / ____/____

Nome legível e assinatura

Data

Horário

Responsável pelo Recebimento

_____ / ____/____

Nome legível e assinatura

Data

Horário

T°C