HEMOPE	INSPEÇÃO VISUAL DE BOLSAS DEVOLVIDAS PELAS INSTITUIÇÕES ASSOCIADAS	Código: **FOR CQHE 020** Versão/Ano: **03/2020**

Observação : Grau de hemólise (Valor Aceitável até 0,8 < % ME)

Nº	Número da Bolsa	ABO	Número do Segmento	Data da Coleta	Data da Devolução	Data do Ensaio	Inspeção Visual			Resultado	Responsável
							Hemólise C ( ) NC ( )	**Coágulo** C ( ) NC ( )	**Fibrina** C ( ) NC ( )	**Aprovado ( )** **Reprovado ( )**	
							Hemólise C ( ) NC ( )	**Coágulo** C ( ) NC ( )	**Fibrina** C ( ) NC ( )	**Aprovado ( )** **Reprovado ( )**	
							Hemólise C ( ) NC ( )	**Coágulo** C ( ) NC ( )	**Fibrina** C ( ) NC ( )	**Aprovado ( )** **Reprovado ( )**	
							Hemólise C ( ) NC ( )	**Coágulo** C ( ) NC ( )	**Fibrina** C ( ) NC ( )	**Aprovado ( )** **Reprovado ( )**	
							Hemólise C ( ) NC ( )	**Coágulo** C ( ) NC ( )	**Fibrina** C ( ) NC ( )	**Aprovado ( )** **Reprovado ( )**	
							Hemólise C ( ) NC ( )	**Coágulo** C ( ) NC ( )	**Fibrina** C ( ) NC ( )	**Aprovado ( )** **Reprovado ( )**	
							Hemólise C ( ) NC ( )	**Coágulo** C ( ) NC ( )	**Fibrina** C ( ) NC ( )	**Aprovado ( )** **Reprovado ( )**	
							Hemólise C ( ) NC ( )	**Coágulo** C ( ) NC ( )	**Fibrina** C ( ) NC ( )	**Aprovado ( )** **Reprovado ( )**	
							Hemólise C ( ) NC ( )	**Coágulo** C ( ) NC ( )	**Fibrina** C ( ) NC ( )	**Aprovado ( )** **Reprovado ( )**	
							Hemólise C ( ) NC ( )	**Coágulo** C ( ) NC ( )	**Fibrina** C ( ) NC ( )	**Aprovado ( )** **Reprovado ( )**	

Legenda: **C** - Conforme **NC** - Não Conforme

Enviado por (EXPE.):_____ Data: _____/_____/_____ Hora:_____	**Recebido por (CQ.HEMO.):** _____ Data: _____/_____/_____ Hora:_____

Entrega do Resultado (CQ.HEMO.):_____ Data: _____/_____/_____ Hora:_____	**Recebimento do Resultado (EXPE.):** _____ Data: _____/_____/_____ Hora:_____