

FORMULÁRIO DE REVISÃO DE EXAME DE SANGUE PARA COMPETIDORES DE MMA

NOME DO COMPETIDOR: _____
NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO MÉDICA (NÚMERO DE REGISTRO DO CRM/RQE): _____
DATA DE NASCIMENTO: _____
TELEFONE: _____
EMAIL: _____
ENDEREÇO DE CORRESPONDÊNCIA: _____

NOME DO MÉDICO REVISOR: _____
QUALIFICAÇÕES: _____
NÚMERO DE REGISTRO MÉDICO: _____
ENDEREÇO DE TRABALHO: _____
TELEFONE: _____
EMAIL: _____

* **NOTA AO MÉDICO:** Aconselhe todos os competidores antes de realizar a coleta de sangue.

A interpretação deve ser acompanhada de cópias dos resultados laboratoriais enviadas de volta com este formulário.

HEPATITE B	Para ser válida, a amostra deve ser datada nos 6 meses anteriores à competição
DATA DA COLETA	REAGENTE () NÃO REAGENTE ()

HEPATITE C	Para ser válida, a amostra deve ser datada nos 6 meses anteriores à competição
DATA DA COLETA	REAGENTE () NÃO REAGENTE ()

HIV	Para ser válida, a amostra deve ser datada nos 6 meses anteriores à competição
DATA DA COLETA	REAGENTE () NÃO REAGENTE ()

Assinatura e Carimbo (Médico): _____

Data: ____/____/____.