|  |  |
| --- | --- |
|  | **DECLARAÇÃO DE TRANSPORTE DE MATERIAL BIOLÓGICO** |
| **Declaro que estou ciente do transporte do material biológico relacionado abaixo e que a mesma passará por análise no destinatário informado abaixo. Este transporte não tem o objetivo comercial, portanto, não está sujeito a emissão de Nota Fiscal.** | |
| **Descrição do conteúdo: Substância Biológica - CATEGORIA B - UN 3373** | |
| **Material humano transportado para investigação e diagnóstico através de análises laboratoriais.Este se encontra embalado e protegido de acordo com as normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária enão apresentam risco a saúde, ao meio ambiente e não há possibilidade de contágio da amostra com quem a transporta, possibilitando assim um transporte seguro por meio terrestre. “RDC 786 (05/05/2023), RDC 504 (27/05/2021), NR32 (22/12/22) e o MANUAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA SOBRE O TRANSPORTE DE MATERIAL BIOLÓGICO HUMANO PARA FINS DE DIAGNÓSTICO CLÍNICO.”** | |
| **1. DADOS DO REMETENTE:**  [ ] Geneticenter– End.: Alameda Oscar Niemeyer, 500 - Sala 201 - 2º andar - Vale do Sereno, Nova Lima - MG, 34006-049. Tel.: (31) 3286-7970  [ ] Outro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Telefone:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Endereço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_\_  Responsável pelo acondicionamento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Data e horário do acondicionamento: \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_­\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_°C  Condição e armazenamento da amostra na caixa: [ ] Temperatura ambiente [ ]Resfriada 2°a 8°C [ ] Não conforme / Congelada | |
| **2. DEVOLUÇÃO DA AMOSTRA: [ ] REJEIÇÃO [ ] CANCELAMENTO FORNECEDOR [ ] AMOSTRA INADEQUADA [ ] OUTRO**  [ ] LOCUS BH – OCPM - Rua Paraíba, 330 – 2º Andar - Bairro Santa Efigênia - CEP: 30.130-917 - Belo Horizonte – MG Tel.: (31) 4009- 8246 ou 8647  Devolvido para: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Motivo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Endereço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_\_\_  Responsável pelo acondicionamento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Data e horário do acondicionamento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_­\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_°C  Condição e armazenamento da amostra na caixa: [ ] Temperatura ambiente [ ]Resfriada 2°a 8°C [ ] Não conforme / Congelada | |
| **3. IDENTIDADE DO MATERIAL BIOLÓGICO: - Em caso de homônimos preencher os campos: data nascimento, CPF, filiação e telefone.**  № LÂMINAS/TUBOS:  Paciente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Material: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ MIELO [ ]/ CITOM [ ]/ CITOG [ ]Data de nascimento:\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Filiação:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tel.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Paciente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Material: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ MIELO [ ]/ CITOM [ ]/ CITOG [ ]Data de nascimento:\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Filiação:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tel.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Paciente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Material: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ MIELO [ ]/ CITOM [ ]/ CITOG [ ]Data de nascimento:\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Filiação:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tel.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Paciente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Material: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ MIELO [ ]/ CITOM [ ]/ CITOG [ ]Data de nascimento:\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Filiação:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tel.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **4. RESPONSÁVEL PELO TRANSPORTE:**  Declaro ter recebido o material descrito acima, nesta data e horário, em condições adequadas de armazenamento e me responsabilizo pelo transporte e entrega da mesma no [ ] Laboratório Locus - Rua Paraíba, 330 - Andar 2 / Piso 3 - Bairro Santa Efigênia CEP: 30.130-917 - Belo Horizonte – MG, para a realização do exame.  [ ] Prestador de Serviço Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Assinatura:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ ] Outro / Colaborador Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Assinatura:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **5. DESTINATÁRIO:** Nome do responsável pelo recebimento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ ] LOCUS BH  Data e horário da chegada: \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_­\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_°C | |
| **6. RELATO DE NÃO CONFORMIDADES OU ACIDENTES COM A AMOSTRA NO PERCURSO:**  [ ] Não [ ] Sim: Considerar a classificação do incidente e o grau do dano:[ ] Sem danos [ ] Leve [ ] Moderado [ ] Grave  Seguir as instruções das normas contempladas: nas RDCs,no Núcleo de segurança do paciente(NSP), compartilhadas com departamento de qualidade, notificações na plataforma EPIMED - Número do registro no FLUIG: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, SESMT e CIPA se atingido o colaborador. | |
| **OBSERVAÇÕES:** | |
|  | |
|  | |
| **EM CASO DE ACIDENTE, QUEBRA OU VAZAMENTO, INFORMAR AO DESTINATÁRIO PELOS TELEFONES:**  **LOCUS: (31) 4009-8247 – (31) 99812-1069** | |

Versão: 06 | Data aprovação: 19/12/2024 | Data da implementação: 02/06/2020 | Aprovado por: Danielle Marchetti | Período de revisão: 12 meses | Classificação informação: Interna