



PREFEITURA DE SANTA TEREZA DO OESTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
AVENIDA BRASÍLIA, Nº 425
PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL
FOLHA DE CONTROLE - Monitoramento do Hematócrito por meio do VERI-Q Hb Mate

	DATA	PACIENTE	CPF	RESULTADO	REALIZADO POR
1				Hemoglobina (Hb): _____ g/Dl Hematócrito (Ht): _____ %	
2				Hemoglobina (Hb): _____ g/Dl Hematócrito (Ht): _____ %	
3				Hemoglobina (Hb): _____ g/Dl Hematócrito (Ht): _____ %	
4				Hemoglobina (Hb): _____ g/Dl Hematócrito (Ht): _____ %	
5				Hemoglobina (Hb): _____ g/Dl Hematócrito (Ht): _____ %	
6				Hemoglobina (Hb): _____ g/Dl Hematócrito (Ht): _____ %	
7				Hemoglobina (Hb): _____ g/Dl Hematócrito (Ht): _____ %	
8				Hemoglobina (Hb): _____ g/Dl Hematócrito (Ht): _____ %	
9				Hemoglobina (Hb): _____ g/Dl Hematócrito (Ht): _____ %	
10				Hemoglobina (Hb): _____ g/Dl Hematócrito (Ht): _____ %	
11				Hemoglobina (Hb): _____ g/Dl Hematócrito (Ht): _____ %	