

FORMULÁRIO DE CADEIA DE CUSTÓDIA

VESTÍGIOS RECOLHIDOS NO ÂMBITO DE SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA

Local da colheita (serviço/unidade)

Data da colheita Hora N° Proc. (n° cont. episódio ou n° proc. EPVA)

Nome do/a profissional responsável pela colheita

Assinatura do/a profissional responsável pela colheita

O/a profissional de saúde procedeu à(s) colheita(s) devidamente identificada(s):

N° zaragatoas N° fotos N° outras colheitas (especificar)

AMOSTRA(S) ENTREGUE(S) POR:

Nome Assinatura

Serviço/Unidade

AMOSTRA(S) RECEBIDA(S) POR:

Nome Assinatura

Serviço/Unidade

Local Data Hora :

AMOSTRA(S) ENTREGUE(S) POR:

Nome Assinatura

Serviço/Unidade

AMOSTRA(S) RECEBIDA(S) POR:

Nome Assinatura

Serviço/Unidade

Local Data Hora :

AMOSTRA(S) ENTREGUE(S) POR:

Nome Assinatura

Serviço/Unidade

AMOSTRA(S) RECEBIDA(S) POR:

Nome Assinatura

Serviço/Unidade

Local Data Hora :