

**SERVICIOS MÉDICOS YUNIS TURBAY Y CIA S.A.S.**Código: R-RTM-014
Emisión: 2018/06/29 -JJY
Aprobado: JJY
Versión: 2.0**REMISIÓN DE MUESTRAS**

FECHA:	ENTIDAD REMITENTE:	CORREO ELECTRÓNICO:	TELÉFONO DE CONTACTO:
--------	--------------------	---------------------	-----------------------

	NOMBRE Y APELLIDO COMPLETO DEL PACIENTE	TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO	GÉNERO F/M	FECHA DE NACIMIENTO/EDAD	ESTUDIO SOLICITADO	FECHA DE TOMA DE LA MUESTRA	NÚMERO DE TUBOS REMITIDOS	TIPO DE MUESTRA REMITIDA (SANGRE, MÉDULA OTRO)	TEMPERATURA			DOCUMENTOS ENVIADOS (HISTORIA CLÍNICA, DOCUMENTO DE IDENTIDAD, CUADRO HEMÁTICO, OTRO)	OBSERVACIONES
									AMBIENTE	REFRIGERADO	CONGELADO		
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													

NOMBRE CLARO DE QUIEN REMITE LAS MUESTRAS:
--

NOTA: Para los estudios de citogenética y microarreglos deben enviar **OBLIGATORIAMENTE** los siguientes documentos: Resumen historia clínica, cuadro hemático reciente y copia clara del documento de identidad del paciente. Para los estudios de HLA, quimerismos, pruebas cruzadas y DSA, se debe especificar donante/ receptor en las observaciones. Para estudios de quimerismos informar la fecha del trasplante en las observaciones.

CONVENCIONES: TTL: TUBO TAPA LILA	TTV: TUBO TAPA VERDE	TTR: TUBO TAPA ROJA	TTA: TUBO TAPA AMARILLA	TTAZ: TUBO TAPA AZUL
TTB: TUBO TAPA BLANCA	TTN: TUBO TAPA NARANAJA			