



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	ESTUDIO SOLICITADO	FECHA Y HORA DE TOMA DE LA MUESTRA	NÚMERO DE TUBOS REMITIDOS	TIPO DE MUESTRA REMITIDA (SANGRE, MÉDULA OTRO)	TEMPERATURA			FECHA DE TRASPLANTE	DOCUMENTOS ENVIADOS (HISTORIA CLÍNICA, DOCUMENTO DE IDENTIDAD, CUADRO HEMÁTICO, OTRO)	OBSERVACIONES
									A	R	C			
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.

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 A: AMBIENTE R: REFRIGERADO C: CONGELADO