



SERVICIOS MÉDICOS YUNIS TURBAY Y CIA S.A.S.

Código: F-RTM-014  
Actualización: 2025-09-01  
Versión: 6

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)	DIAGNÓSTICO	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.  
Para las pruebas de citogenética es OBLIGATORIO diligenciar el diagnóstico del paciente.

**CONVENCIONES:** TTL: TUBO TAPA LILA  
TTB: TUBO TAPA BLANCA

**TTV:** TUBO TAPA VERDE  
**TTN:** TUBO TAPA NARANAJA

**TTR:** TUBO TAPA ROJA  
**A:** AMBIENTE

**TTA:** TUBO TAPA AMARILLA  
**R:** REFRIGERADO

**TTAZ:** TUBO TAPA AZUL  
**C:** CONGELADO