

**Servicio Provincial de Histocompatibilidad / CUCAIBA**

TE/Fax: (0221) 4271961 / La Plata / Pcia. de Buenos Aires

PD N°: .....

Apellido y nombre  
del Donante: .....*Muestra remitida por:* **Servicio Provincial de Procuración - CUCAIBA**

Recepción de la muestra

Día

Mes

Año

Hora

			:
--	--	--	---

Procedencia de la muestra .....

**Resultados**Sistema ABO – Grupo: 

O
---

A
---

B
---

AB
----

Sistema Rh-Hr. Factor Rho (D): 

positivo
----------

negativo
----------

Sistema HLA Clase I y Clase II (fenotipo):

<b>A</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>B</b>	<b>DR</b>	<b>DR</b>

**Técnicas empleadas:**

- PCR-SSP
- Clase II: PCR – SSP.

*Se envían resultados al Servicio Provincial de Procuración del CUCAIBA:*

<i>Día</i>	<i>Mes</i>	<i>Año</i>	<i>Hora</i>
			:

Profesional responsable: Dr./Dra .....

Personal técnico: Téc .....

.....  
Firma y sello profesional: