



**Servicio Provincial de Histocompatibilidad / CUCAIBA**

Donante: ..... PD N°: .....  
 Fecha del estudio: ..... Día  Mes  Año

Probables receptores	Fecha suero			Resultados x serología				Resultados x citometría		
	Apellido y Nombre	Día	Mes	Año	Linfocitos T sin DTT	Linfocitos T con DTT	Linfocitos B sin DTT	Linfocitos B con DTT	Linfocitos T-IgG	Linfocitos B-IgG
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										

Firma: .....