

Servicio Provincial de Procuración

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

PD N°:

Potencial Donante:.....Edad:.....

Establecimiento:.....Servicio:.....Cama:.....

Se solicita se realice tipificación de HLA :

- Bazo
- Sangre con heparina
- Sangre con EDTA
- Ganglios

firma y sello



Servicio Provincial de Procuración

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

PD N°:

Potencial Donante:.....

Establecimiento:.....Servicio:.....Cama:.....

Se solicita se realice tipificación de HLA :

- Bazo
- Sangre con heparina
- Sangre con EDTA
- Ganglios

firma y sello

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

PD N°:

Observaciones:

.....

.....

.....

Firma y aclaración de la persona que recibe la muestra